Deutscher Bundestag
11. Wahlperiode

Drucksache 11/2493

15. 06. 88

Sachgebiet 82

Gesetzentwurf

der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)

A. Zielsetzung

Mit der Vorlage des Entwurfs eines Gesundheits-Reformgesetzes löst die Bundesregierung ihre Ankündigung aus der Regierungserklärung des Bundeskanzlers vom 18. März 1987 ein, eine umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen unverzüglich einzuleiten.

Die Reform des Gesundheitswesens ist eine vordringliche Aufgabe der Sozialpolitik und eines der bedeutendsten Gesetzgebungsvorhaben dieser Legislaturperiode.

Mit der Reform sollen die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, die seit Jahren ansteigenden Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu senken und dauerhaft zu stabilisieren (Ziel der Beitragssatzstabilität).

Die Bundesregierung hält eine weitere Steigerung der heute im Durchschnitt bei 13 v. H. liegenden Beitragssätze der Krankenkassen für wirtschafts- und sozialpolitisch nicht vertretbar. Eine Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung ist unausweichlich. Nur so kann das hohe Niveau unseres Gesundheitswesens auf Dauer gewährleistet werden.

Die Reform soll sich an folgenden Zielvorstellungen orientieren:

1. Die Solidarität der sozialen Krankenversicherung wird neu bestimmt; die Leistungen der Krankenversicherung werden auf das medizinisch Notwendige beschränkt, Versorgungsdefizite werden ausgeglichen, zur häuslichen Pflege leistet die Krankenversicherung einen Beitrag.

2. Die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit wird gestärkt, Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung werden aufgewertet.
3. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung wird erhöht.
4. Die Strukturen der Krankenversicherung werden modernisiert.
5. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung wird neu kodifiziert, um es für die Bürger verständlicher zu machen.

B. Lösung

1. Neubestimmung der Solidarität
   a) Zur Begrenzung der Leistungen der Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige werden folgende Maßnahmen vorgesehen:
      — Das Sterbegeld entfällt. Für die Jahrgänge 1938 und älter gibt es eine Übergangsregelung.
      — Bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln werden — als Leistung der Krankenkasse — Festbeträge festgesetzt. Unwirtschaftliche Arznei-, Heil- und Hilfsmittel werden nicht von den Krankenkassen übernommen.
      — Beim Zahnersatz wird die Kostenerstattung auf 50 v. H. begrenzt und der Selbstverwaltung aufgegeben, diese Leistung durch differenzierte Zuschußgruppen (z. B. von 40 v. H., 50 v. H. und 60 v. H.) zu ersetzen.
      — Der Zuschuß der Krankenkassen zu offenen Badekuren wird auf höchstens 15 DM täglich begrenzt.
      — Die Übernahme von Fahrkosten wird eingeschränkt.
   b) Zum Abbau von Versorgungsdefiziten werden die Leistungen wie folgt verbessert:
      — Die Leistungen zur häuslichen Pflege von Schwerpflegebedürftigen werden ausgebaut. Dies ist der Beitrag der GKV zur Absicherung des sozialen Risikos der Pflegebedürftigkeit.
      — Die Leistungen der Krankenversicherung bei der Krankheitsvorbeugung und Früherkennung sowie die Rahmenbedingungen für die Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge werden verbessert.
2. Stärkung der Eigenverantwortung
   — Beim Zahnersatz wird als Belohnung für regelmäßige Individualprophylaxe eine Bonus-Regelung eingeführt.
   — Die Kassen erhalten — zunächst als Probelauf — die Möglichkeit, eine Beitragsrückgewähr vorzusehen.
   — Die Zuzahlungen und die Härteklauseln werden neu gestaltet.

3. Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung
   - Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt für die Vergütung aller Leistungserbringer.
   - Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden verbessert und durch Stichprobenprüfungen ergänzt.
   - Zur Erhöhung der Transparenz von Kosten und Leistungen wird das Abrechnungsverfahren modernisiert. Hierbei wird der notwendige Datenschutz, der bei gesundheitlichen Daten von besonderer Bedeutung ist, sichergestellt.
   - Im Krankenhausbereich werden die Möglichkeiten für eine wirtschaftliche Versorgung der Versicherten verbessert.
   - Der Vertrauensärztliche Dienst wird neu geordnet und zu einem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung umgestaltet, um die Versorgung der Versicherten zu verbessern und Leistungsmißbrauch vorzubeugen.
4. Einstieg in die Organisationsreform
   - Unterschiede im Beitrags- und Leistungsrecht werden beseitigt.
   - Die Möglichkeiten der Krankenkassen werden verbessert, auf regionaler Ebene Beitragssatzunterschiede auszugleichen.
   - Die Versicherungspflichtgrenze wird auch für Arbeiter eingeführt.
5. Kodifikation

   Das Recht der Krankenversicherung wird insgesamt neu kodifiziert und als Fünftes Buch in das Sozialgesetzbuch eingefügt.

C. Alternativen

keine

Ein Verzicht auf eine Strukturreform würde in wenigen Jahren zu nicht mehr vertretbaren Beitragssätzen und damit zur Unfinanzierbarkeit der GKV führen.

D. Finanzielle Auswirkungen

Das Gesundheits-Reformgesetz führt im Jahre 1992, wenn alle Maßnahmen voll wirksam geworden sind, zu Einsparungen bei den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rd. 14,1 Mrd. DM.

Die Versicherten werden durch Wegfall von Zuzahlungen in Höhe von rd. 0,74 Mrd. DM entlastet.

Für neue Leistungen werden rd. 7,1 Mrd. DM eingesetzt. Für mögliche Beitragssatzsenkungen stehen rd. 6,2 Mrd. DM zur Verfügung.

Einzelheiten sind aus der Übersicht in Teil C. der Begründung ersichtlich.

Für die Haushalte der Gebietskörperschaften ist die Strukturreform im Ergebnis kostenneutral.

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
121 (311) — 811 00 — Kr 94/88

Bonn, den 15. Juni 1988

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG) mit Begründung (Anlage 1) und Vorblatt.

Ich bitte, die Beschlußfassung des Deutschen Bundestages herbeizuführen.

Federführend ist der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.

Der Bundesrat hat in seiner 590. Sitzung am 10. Juni 1988 gemäß Artikel 76 Abs. 2 des Grundgesetzes beschlossen, zu dem Gesetzentwurf, wie aus Anlage 2 ersichtlich, Stellung zu nehmen.

Die Auffassung der Bundesregierung zu der Stellungnahme des Bundesrates ist in der als Anlage 3 beigefügten Gegenäußerung dargelegt.

Kohl

Anlage 1

Entwurf eines Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (Gesundheits-Reformgesetz — GRG)

Der Text des Gesetzentwurfs und der Begründung ist gleichlautend mit dem Text auf den Seiten 5 bis 287 der Drucksache 11/2237.

Anlage 2

Stellungnahme des Bundesrates

Zum Gesetzentwurf

1. Der Bundesrat teilt die Auffassung der Bundesregierung, daß es dringend geboten ist, das Gesundheitssystem, dessen Kern das über 100jährige System der gesetzlichen Krankenversicherung ist, insgesamt zu reformieren. Er ist der Meinung, daß sich die Strukturreform im Gesundheitswesen an folgenden Rahmenbedingungen und Zielvorstellungen orientieren muß:

   — an der Beseitigung der heute bestehenden Verwerfungen der Angebots- und Organisationsstrukturen,

   — an den sich verändernden demographischen Bedingungen in den kommenden Jahrzehnten,

   — an den in der jüngsten Vergangenheit bereits eingetretenen und den noch zu erwartenden Entwicklungen in der Medizin,

   — an den neuen Herausforderungen, insbesondere der wirksamen Bekämpfung der großen Volkskrankheiten,

   — an der vorgegebenen grundsätzlichen Zuständigkeit der Länder für die Gesundheitspolitik,

   — an dauerhaft stabilen Beitragssätzen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

   Der Bundesrat begrüßt es, daß mit dem Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes ein Einstieg in eine Gesundheitspolitik erfolgt, die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens dauerhaft miteinander verbinden soll. Das hohe Niveau gesundheitlicher Versorgung wird gefestigt und durch den Abbau von Defiziten weiter ausgebaut. Es läßt die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung auch in Zukunft am medizinischen Fortschritt teilhaben.

   Besonders positiv ist anzumerken, daß der Entwurf der Prävention einen besonderen Stellenwert im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einräumt.

   Um dieses hohe Leistungsniveau auf Dauer zu erhalten, ist jeder gefordert, die Leistungserbringer ebenso wie der einzelne Versicherte. Der Entwurf betont deshalb zu Recht die Verbindung von Solidarität und Eigenverantwortung und fordert auch von den Leistungserbringern den notwendigen Beitrag.

   Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind die Ausgaben zwischen 1970 und 1986 um 375 % gewachsen. Besonders hohe Steigerungsraten verzeichneten die Teilbereiche Arzneien, Heil- und Hilfsmittel (+406 %), Krankenhaus (+523 %) und Zahnersatz (+728 %). Hingegen hat das Bruttosozialprodukt im gleichen Zeitraum um 189 % zugenommen. Die durchschnittlichen Beitragssätze der GKV sind zwischen 1970 und 1987 von 8,2 % auf 12,7 % angehoben worden.

   Der Bundesrat geht mit der Bundesregierung davon aus, daß es auch aus der Sicht der Beitragszahler bei künftig weiter rückläufigem Anteil der aktiv Erwerbstätigen an der Gesamtbevölkerung einer wirksamen Begrenzung der Sozialversicherungsbeiträge bedarf, um eine ausreichende gesellschaftliche Akzeptanz des Systems der sozialen Sicherung zu gewährleisten.

   Im übrigen dürfen die Entlastungswirkungen der Steuerreform nicht durch Erhöhungen auf seiten der Sozialabgaben ganz oder zu großen Teilen wieder aufgezehrt werden.

   Ein wesentliches Element der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung bildet die Einführung von Festbeträgen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Dadurch soll der Wettbewerb in der Pharmabranche sowie bei den Herstellern von Heil- und Hilfsmitteln entscheidend belebt werden. Die Bundesregierung wird gebeten, durch die Ausgestaltung der Festbetragsregelung ein Erlahmen oder Verlagern industrieller Forschungsaktivitäten ins Ausland zu verhindern.

   Um die Forschungsfähigkeit, die internationale Wettbewerbsfähigkeit und damit langfristig die Arbeitsplätze in der pharmazeutischen Industrie zu sichern, bittet der Bundesrat die Bundesregierung zu prüfen, ob im Hinblick auf die lange Vorlaufzeit für die Entwicklung verkehrsfähiger Arzneimittel die derzeitige Regelung des Patentschutzes für Pharmaprodukte einer Neuordnung bedarf.

   Des weiteren bittet der Bundesrat die Bundesregierung zu prüfen, wie über die im Entwurf eines Dritten Änderungsgesetzes zum Arzneimittelgesetz vorgesehenen Maßnahmen hinaus das Zulassungsverfahren für Arzneimittel weiter beschleunigt und mit den Fristen des Arzneimittelgesetzes in Einklang gebracht werden kann.

   Aus der Zuständigkeit der Länder für die Gesundheitspolitik und der des Bundes für die Regelung der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich ein Spannungsverhältnis. Die notwendige Regionalisierung wird im vorliegenden Entwurf nach Auffassung des Bundesrates zu wenig berücksichtigt. Die Bedenken richten sich insbesondere gegen die zusätzlichen weitrei-

chenden parallelen Kompetenzen bei stationärer Krankenversorgung.

Der Bundesrat ist der Auffassung, daß Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, insbesondere der Rückgang des Anteils der Arbeiter und der Anstieg des Anteils der Angestellten an der Erwerbsbevölkerung beträchtliche Auswirkungen auf die Organisations- und Strukturprobleme der gegliederten Krankenversicherung haben. Diese Veränderungen machen deshalb alsbald eine Organisationsreform der gegliederten Krankenversicherung erforderlich. Auch dabei muß an das Prinzip der Regionalisierung stärker als bisher angeknüpft werden.

2. **Artikel 1 § 2 Abs. 2 nach Satz 2**

In § 2 Abs. 2 ist folgender Satz 3 anzufügen:

„Die Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung sowie Festbeträge gelten für andere öffentliche Kostenträger als Sachleistung."

Begründung

Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung (§ 29) sowie Festbeträge (§ 35) sind auf volle Kostendeckung angelegt. Zur Vermeidung einer nicht gerechtfertigten Bezuschussung ungedeckter Beträge nach arbeits- oder dienstrechtlichen Vorschriften (Beihilferecht) ist eine Zuordnung zu den Sachleistungen erforderlich (wie § 72 Abs. 1 Satz 3). Ohne diese Zuordnung müßten die Länder im Wege der Beihilfegewährung zum Ausgleich von Einsparungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung erhebliche Haushaltsmittel bereitstellen.

3. **Artikel 1 § 4 Abs. 3**

§ 4 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Die Krankenkassen und ihre Verbände sind im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben nach diesem Gesetzbuch sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen Leistungserbringern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten."

Begründung

Redaktionelle Anpassung an § 86 SGB X und Klarstellung des Gewollten.

4. **Artikel 1 § 4 Abs. 4**

In § 4 Abs. 4 sind die Worte „bei der Durchführung ihrer Aufgaben und in ihren Verwaltungsangelegenheiten sparsam und wirtschaftlich zu verfahren" durch die Worte „ihre Aufgaben und ihre Verwaltungsangelegenheiten unter Berücksichtigung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zu erfüllen" zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Anpassung an § 69 Abs. 2 SGB IV.

5. **Artikel 1 § 4 Abs. 4**

In § 4 Abs. 4 ist folgender Satz anzufügen:

„Maßnahmen der Werbung und Selbstdarstellung sind unzulässig."

Begründung

Die Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder werden in zunehmendem Maße mit Auswüchsen bei der Mitgliederwerbung und der Selbstdarstellung bei Krankenkassen konfrontiert, die mit dem Status einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft unvereinbar sind. Es bedarf deshalb der Klarstellung, daß derartige Maßnahmen nicht auf die Verpflichtung zur Aufklärung der Bevölkerung über ihre Rechte und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch gestützt werden können.

6. **Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 4**

In § 6 Abs. 1 sind an Nummer 4 folgende Worte anzufügen:

„wenn sie nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben,".

Begründung

Auch für Geistliche sollte Versicherungsfreiheit nur dann bestehen, wenn sie ebenso wie Beamte und Lehrer (vgl. § 6 Abs. 1 Nr. 2 und 5) bei Krankheit die genannten Leistungen beanspruchen können. Dies entspricht im Ergebnis dem geltenden Recht (§ 169 Abs. 1 Satz 2 RVO), das insoweit auch nicht geändert werden sollte.

7. **Artikel 1 § 6 nach Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1**

a) In § 6 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

„(1 a) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 11 versicherungspflichtige Hinterbliebene der in Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, soweit sie ihren Rentenanspruch aus der Versicherung dieser Personen ableiten, wenn ihnen ein Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung zuerkannt ist und sie Anspruch auf Beihilfe im Krankheitsfalle

nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben."

b) In § 6 Abs. 2 Satz 1 sind nach den Worten „mit Ausnahme von" die Worte „Absatz 1a und" einzufügen.

Begründung

zu a)

Die in § 6 Absatz 1 Nr. 2 und 4 bis 6 genannten Personen sind versicherungsfrei, da sie im Krankheitsfalle Anspruch auf Beihilfe nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bzw. Anspruch auf Heilfürsorge haben. Es ist konsequent, auch Hinterbliebene, die von diesen Personen einen Rentenanspruch ableiten, insoweit von der Krankenversicherung der Rentner freizustellen.

zu b)

Es wird klargestellt, daß für die im neuen Absatz 1a genannten Hinterbliebenen Absatz 2 keine Anwendung findet, soweit sie nicht unter Absatz 1 fallen, sondern nur infolge ihres abgeleiteten Rentenanspruchs versicherungsfrei sind.

8. **Artikel 1 § 8 Abs. 1**

§ 8 Abs. 1 ist vor Nummer 1 wie folgt zu fassen:

„(1) Wer bei einem Krankenversicherungsunternehmen versichert ist und aus dieser Versicherung für sich und seine Familienangehörigen, die nach § 10 versichert sind, Leistungen beanspruchen kann, die der Art nach den Leistungen dieses Buches bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit entsprechen, wird auf Antrag von der Versicherungspflicht befreit, wenn er versicherungspflichtig wird . . . (weiter wie Vorlage)."

Begründung

Die in § 8 Abs. 1 aufgeführten Personen unterliegen grundsätzlich der Versicherungspflicht. Ihre Befreiung ist deshalb nur gerechtfertigt, wenn sie über einen anderweitigen gleichwertigen Versicherungsschutz verfügen. Deshalb muß es beim geltenden Recht bleiben, das für diesen Personenkreis zur Bedingung macht, daß sie bei einem Krankenversicherungsunternehmen einen gleichwertigen Versicherungsschutz genießen. Dies muß um so mehr gelten, weil mit dem Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht auch über den Versicherungsschutz der Familienangehörigen mit entschieden wird.

9. **Artikel 1 § 9 Abs. 1 Nr. 4**

In § 9 Abs. 1 Nr. 4 sind die Worte „; die Satzung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen" zu streichen.

Begründung

Nachdem die erschwerende Voraussetzung, daß die Satzung den Beitritt zur Versicherung von einer bestimmten Altersgrenze abhängig machen kann, grundsätzlich wegfallen soll, sollte auch bei Schwerbehinderten auf eine Altersgrenze verzichtet werden.

10. **Artikel 1 § 9 Abs. 1 und 2, § 197 Abs. 2**

a) In § 9 Abs. 1 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 6 anzufügen:

„6. Angestellte der Krankenkassen und ihrer Verbände, für die eine Dienstordnung (§ 351 der Reichsversicherungsordnung) gilt."

b) In § 9 Abs. 2 ist nach Nummer 5 folgende Nummer 6 anzufügen:

„6. im Falle des Absatzes 1 Nr. 6 nach Beginn des Dienstverhältnisses."

c) In § 197 Abs. 2 ist die Zahl „5" durch die Zahl „6" zu ersetzen.

Begründung

zu a)

Artikel 54 Abs. 1 Nr. 3 räumt diesem Personenkreis übergangsweise ein Beitrittsrecht ein. Es soll jedoch wegen der Besonderheit der Dienstverhältnisse ein Beitrittsrecht auf Dauer eingeräumt werden. Vgl. auch die Möglichkeit der Teilkostenerstattung in Artikel 1 § 14.

zu b) und c)

Folgeänderungen.

11. **Artikel 1 § 9 Abs. 1 und 2, § 194 Abs. 2, § 197 Abs. 2**

a) In § 9 Abs. 1 ist nach Nummer 6 — neu — folgende Nummer 7 anzufügen:

„7. Handwerker, die bei Errichtung einer Innungskrankenkasse Mitglied einer Trägerinnung sind oder bei Vereinigung einer Trägerinnung mit einer anderen Handwerksinnung dieser als Innungsmitglied angehören oder einer Trägerinnung als Innungsmitglied beitreten, wenn ihr jährliches Gesamteinkommen 75 vom Hundert der Beitragsbemessungsgrenze nach § 1385 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung nicht übersteigt; die Sat-

zung kann das Recht zum Beitritt von einer Altersgrenze abhängig machen."

b) In § 9 Abs. 2 ist nach Nummer 6 — neu — folgende Nummer 7 anzufügen:

„7. im Falle des Absatzes 1 Nr. 7 nach Errichtung der Innungskrankenkasse oder nach Vereinigung der Handwerksinnung mit einer Trägerinnung oder nach Beitritt zu einer Trägerinnung."

Als Folgen sind

— in § 194 Abs. 2 nach der Zahl „9" die Worte „Abs. 1 Nr. 1 bis 6" einzufügen,

— in § 194 nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) Beitrittsberechtigte nach § 9 Abs. 1 Nr. 7 werden Mitglied der Innungskrankenkasse, die für ihre versicherungspflichtig Beschäftigten zuständig ist oder wäre."

— in § 197 Abs. 2 die Zahl „5" durch die Zahl „7" zu ersetzen.

Begründung

Da die selbständigen Handwerker als Innungsmitglieder bei Auflösung und Schließung von Innungskrankenkassen haften, sollten sie auch die Möglichkeit der Mitgliedschaft bei dieser Kasse haben.

Um Mißbrauch zu verhindern, sollte jedoch kein jederzeitiger Beitritt zur Versicherung je nach momentaner Vorteilhaftigkeit möglich sein. Deshalb sieht die Regelung den Beitritt nur für den Zeitpunkt vor, in dem der selbständige Handwerker erstmals die Möglichkeit erhält, der für seinen Handwerksbetrieb zuständigen Innungskrankenkasse beizutreten.

12. **Artikel 1 § 14 nach Absatz 2**

In § 14 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Die Absätze 1 und 2 gelten entsprechend für Personen, die am 1. Januar 1989 freiwillig versichert sind und die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Fortzahlung der Bezüge und auf Beihilfe haben, sowie für Empfänger von Ruhegehalt oder ähnlichen Bezügen, die bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben."

Begründung

Die im Referentenentwurf enthaltene Regelung soll wieder eingefügt werden, da auch für in der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig versicherte Beamte eine erträgliche Übergangsregelung geschaffen werden muß. Dieser Personenkreis würde durch das Ausklammern in einer Übergangsregelung ungerechtfertigt hart getroffen, zumal ältere Beamte einen Wechsel in die private Krankenversicherung kaum noch vornehmen können.

13. **Artikel 1 § 15 nach Absatz 2**

In § 15 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) In den Kranken- oder Berechtigungsschein sind neben der Bezeichnung der Krankenkasse Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertennummer, Versichertenstatus sowie der Tag des Beginns des Versicherungsschutzes aufzunehmen. Weitere Angaben dürfen nicht aufgenommen werden."

Begründung

Die Änderung ist aus datenschutzrechtlichen Gründen erforderlich.

14. **Artikel 1 § 16 Abs. 1 Nr. 4**

In § 16 Abs. 1 Nr. 4 sind nach den Worten „oder freiheitsentziehende Maßregel der Besserung und Sicherung" die Worte „nach § 61 Nr. 3 Strafgesetzbuch" einzufügen.

Begründung

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 4 des Entwurfes ruht der Anspruch auf Leistungen, solange Versicherte infolge einer freiheitsentziehenden Maßregel der Besserung und Sicherung untergebracht sind. Diese Regelung trägt der Tatsache, daß die Einweisung in den Maßregelvollzug in den Fällen des § 61 Nr. 1 und 2 StGB eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung einschließlich einer Abhängigkeitskrankheit voraussetzt, nicht hinreichend Rechnung. Es kann kein Zweifel daran bestehen, daß die krankhaften Störungen, die die Rechtsverletzungen dieser Patienten auslösen, dem gesamten Spektrum von Krankheitsbildern in der Allgemeinpsychiatrie voll vergleichbar sind.

Der Ausschluß von allen Leistungen im Rahmen der Krankenversicherung ist damit in den Fällen des § 61 Nr. 1 und 2 Strafgesetzbuch nicht gerechtfertigt.

15. **Artikel 1 § 20 Abs. 1 Satz 2**

Die Bundesregierung wird gebeten, im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Sollvorschrift in § 20 Abs. 1 Satz 2 des Entwurfes konkreter gefaßt werden kann.

Ohne eine Konkretisierung dieser Vorschrift müßte die umfassende Vorgabe, den Ursachen von Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken, zu einer Überforderung der Krankenkassen führen. Den „Ursachen nachgehen" könnte von Untersuchungen im Betrieb bis zur wissenschaftlichen Erfor-

schung von Krankheitsursachen reichen. Mit dem Hinwirken auf eine Beseitigung von Gesundheitsschäden könnte die Entwicklung entsprechender Programme und Umsetzungsstrategien für Gefährdungspotentiale verbunden werden, wie sie aus der Umwelt, der Wohnumwelt, der Arbeitswelt, dem Verkehr, der Freizeitgestaltung und vielem anderen resultieren können. Eine derartige Aufgabenstellung könnte auch im Zusammenhang mit § 20 Abs. 4 zu beträchtlichen Kompetenzkonflikten führen.

16. **Artikel 1 § 20 Abs. 3**

In § 20 Abs. 3 sind nach den Worten „zuständigen Stellen" die Worte „insbesondere mit den Gesundheitsämtern," einzufügen.

Begründung

Die Aufklärung über Gesundheitsgefährdungen, die gemäß Absatz 1 Inhalt der Gesundheitsförderung sein soll, ist nach geltendem Landesrecht aller Bundesländer eine Aufgabe der Gesundheitsämter. Die Ergänzung soll verdeutlichen, daß diese Zuständigkeit unberührt bleibt und die Krankenkassen verpflichten, insbesondere mit den Gesundheitsämtern zusammenzuarbeiten.

17. **Artikel 1 § 20 Abs. 3**

In § 20 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Über die gemeinsame und einheitliche Durchführung von Maßnahmen können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam Rahmenvereinbarungen mit den zuständigen Stellen schließen; diese sind für die Krankenkassen verbindlich."

Begründung

Die Leistungen in § 20 sind ihrer Art nach nicht auf Versicherte einzelner Kassen bezogen. Daher muß die Möglichkeit geschaffen werden, auf Landesebene kassenübergreifende gemeinsame Maßnahmen und deren Finanzierung durch Rahmenvereinbarung zu regeln. Dies ermöglicht auch, die in den Ländern jeweils bestehenden Verhältnisse zu berücksichtigen.

18. **Artikel 1 § 21 Abs. 1 Satz 1, § 22 Abs. 1**

a) In § 21 Abs. 1 Satz 1 ist das Wort „vierzehnte" durch das Wort „zehnte" zu ersetzen.

b) § 22 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Versicherte, die das zehnte, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, können sich zur Behandlung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen."

Begründung zu a) und b)

Ab dem 10. Lebensjahr ist zur Vermeidung von stärkeren Kariesschäden des Gebisses nur eine Individualprophylaxe sinnvoll.

Nach einer regelmäßigen Durchführung der Gruppenprophylaxe bis zum 10. Lebensjahr hat für das Alter der 10- bis 18jährigen zur Vermeidung von Kariesschäden am Gebiß nur eine Individualprophylaxe Sinn. Da im Alter der 10- bis 14jährigen eine Gruppenprophylaxe kaum durchführbar ist, muß der Beginn der Individualprophylaxe auf das 10. Lebensjahr abgesenkt werden. Damit keine zusätzlichen Kosten entstehen, wird die Obergrenze für den Zeitraum der Individualprophylaxe von dem 25. auf das 18. Lebensjahr abgesenkt. Es ist zu erwarten, daß ab dem 18. Lebensjahr der Bürger sich selbst in ausreichender Weise auch um seine Zahngesundheit kümmern wird.

19. **Artikel 1 § 21 nach Absatz 2**

In § 21 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Hierzu schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit den zuständigen Stellen nach Absatz 1 Satz 1 gemeinsame Rahmenvereinbarungen; diese sind für die Krankenkassen verbindlich."

Begründung

Der Entwurf trifft keine Bestimmungen über die Einzelheiten der Durchführung der gemeinsamen Gruppenprophylaxemaßnahmen. Diese sollen daher in einem Absatz 3 geregelt werden. Die Regelung ist Spezialnorm gegenüber § 20. Leistungen der zahngesundheitlichen Gruppenprophylaxe können daher nur einheitlich und gemeinsam erbracht werden. Dementsprechend sieht die Regelung in Absatz 3 die Verpflichtung der Kassenverbände vor, auf Landesebene für die Krankenkassen verbindliche Rahmenvereinbarungen zu schließen.

20. **Artikel 1 § 24 Abs. 1 Satz 2**

§ 24 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) einen Zuschuß vorsehen, der fünfzehn Deutsche Mark täglich nicht unterschreiten soll."

Begründung

Durch die Neufassung soll sichergestellt werden, daß ein Mindestzuschuß gewährt wird, der zur teilweisen Deckung der übrigen Kosten dienen soll.

21. **Artikel 1 nach § 26**

Nach § 26 ist folgender § 26a einzufügen:

„§ 26a

Untersuchung auf HIV-Antikörper

Versicherte haben Anspruch auf eine Untersuchung auf HIV-Antikörper, wenn konkrete anamnestische Hinweise auf eine Infektion vorliegen."

Begründung

Die Durchführung von Untersuchungen auf HIV-Antikörper im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung, auch in anamnestisch begründeten Fällen, stellt eine notwendige Ergänzung des Angebots unentgeltlicher und auf Wunsch anonymer Tests durch den öffentlichen Gesundheitsdienst dar.

22. **Artikel 1 §§ 27ff.** (Bessere Versorgung psychisch Kranker)

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob die speziellen Fragen der medizinischen Versorgung psychisch Kranker im Gesetz berücksichtigt werden können.

Die Bundesregierung weist in der Begründung des Gesetzentwurfs ausdrücklich auf die Notwendigkeit gesetzgeberischer Maßnahmen hin, die sich von den Zielen

— einer gemeindenahen Versorgung,

— der Gleichbehandlung psychisch und somatisch Kranker

— und der Stärkung des ambulanten und komplementären Bereiches

leiten lassen muß.

Falls die auch von der Bundesregierung für notwendig gehaltenen Regelungen nicht mit der Strukturreform im Gesundheitswesen aufgegriffen werden, ist zu befürchten, daß die nach wie vor unbefriedigende Versorgungssituation psychisch Kranker gegenüber somatisch Kranken über diese Legislaturperiode hinaus bestehen bleiben wird.

Die Vorschriften der Reichsversicherungsordnung und auch der Regierungsentwurf werden den Belangen der psychisch Kranken nur unzureichend gerecht, weil sie primär auf die somatischen Erkrankungsformen abgestellt sind. Psychische Erkrankungen erfordern ein anderes Leistungsspektrum als somatische Erkrankungen. Dies sollte bei der Gesetzgebung zur Strukturreform im Gesundheitswesen berücksichtigt werden. Dabei sollte der allgemein anerkannte Nachholbedarf der psychiatrischen Versorgung soweit wie möglich beseitigt und der Grundsatz der Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken besser verwirklicht werden. Im einzelnen sollte sich die Prüfung insbesondere auf folgende Fragen erstrecken:

1. *Häusliche Krankenpflege* (§ 36)

Grund- und Behandlungspflege sind Begriffe, die sich vor allem auf somatische Erkrankungen beziehen. Behandlungsziele der häuslichen Krankenpflege psychisch Kranker können entsprechend den Entwürfen der Expertenkommission der Bundesregierung u. a. folgende sein:

— Befähigung zur eigenständigen Inanspruchnahme der notwendigen ambulanten ärztlichen Behandlung,

— Abbau unzureichender Bereitschaft zur Medikamenteneinnahme durch Kontrolle der Medikamenteneinnahme und Einübung eines eigenverantwortlichen Umgangs mit den Psychopharmaka,

— Hilfen zur möglichst eigenverantwortlichen krankheitsgerechten Gestaltung des Alltags und

— Reaktivierung der krankheitsbedingt eingeschränkten Fähigkeit zur eigenständigen Haushaltsführung.

2. *Pflegehilfe für Pflegebedürftige* (§§ 52ff.)

Die Pflegehilfe sollte bei Vorliegen der Voraussetzungen für die Leistungsgewährung auch die therapeutischen Dienstleistungen umfassen, die für psychiatrische Pflegefälle notwendig sind und sich von der somatischen Pflegehilfe wesentlich unterscheiden.

3. *Sozialpsychiatrische Dienste*

Mit Hilfe sozialpsychiatrischer Dienste kann in vielen Fällen die psychische Gesundheit erhalten, wiederhergestellt oder der Gesundheitszustand verbessert werden. Es wäre daher gerechtfertigt, daß die Kosten dieser Dienste insoweit von den Krankenkassen übernommen werden, als es sich um therapeutische Leistungen handelt. Dabei sollte eine Pauschalierung der Kosten angestrebt werden. Weitere Leistungen — Belastungserprobung, Arbeitstherapie (vgl. § 41 Gesetzentwurf) — sollten ambulant in psychiatrischen Einrichtungen, wie z. B. Tagesstätten, erbracht werden.

4. *Betreuung psychisch Kranker in Wohngemeinschaften*

Aufenthalte in Wohngemeinschaften, auch im sogenannten betreuten Einzelwohnen, sind wesentlich kostengünstiger als in der stationären Psychiatrie. Viele psychisch Kranke könnten in Wohngemeinschaften oder in betreutem Einzelwohnen leben, wenn die Betreuung dort ausreichend sichergestellt wäre. Im Gesundheits-Reformgesetz sollte daher verankert werden, daß die häusliche Krankenpflege und häusliche Pflegehilfe bei Vorliegen der sonstigen Vorausset-

zungen auch die Betreuung in Wohngemeinschaften umfaßt.

5. *Rehabilitation psychisch Kranker*

Psychisch Kranke bedürfen häufig gleichzeitig der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, wie dies etwa in den Übergangseinrichtungen bereits durchgeführt wird bzw. wie dies in den neuen Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke vorgesehen ist. Die Finanzierung der medizinischen Rehabilitation durch die Kassen sollte im Gesundheits-Reformgesetz zweifelsfrei geregelt sein. Dies ist im vorliegenden Entwurf noch nicht der Fall.

23. **Artikel 1 § 27**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob auch die homologe Insemination (künstliche Samenübertragung zwischen Eheleuten) als Kassenleistung vorgesehen werden solle.

24. **Artikel 1 §§ 29 und 30**

Die Bundesregierung wird gebeten, im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob bei der kieferorthopädischen Behandlung und der Versorgung mit Zahnersatz anstelle des Kostenerstattungsprinzips das Sachleistungsprinzip beizubehalten wäre oder zumindest bei der Einführung des Kostenerstattungsprinzips die wirtschaftliche Situation noch stärker berücksichtigt werden könnte.

25. **Artikel 1 § 30 Abs. 1 und 5**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen,

— ob eine Aufstockung des „Grundzuschusses" nach § 30 Abs. 1 (verhaltensunabhängiger Zuschuß) als Übergangsregelung für die Zeit vom 1. Januar 1989 bis 31. Dezember 1993 bzw. 31. Dezember 1989 nicht sachgerechter wäre, da der Versicherte durch sein Verhalten (bessere Zahnpflege) erst ab 1. Januar 1989 auf die Zuschußhöhe für Zahnersatz Einfluß nehmen und erst ab 1. Januar 1994 bzw. 1. Januar 1999 in den Genuß der Bonusregelung nach § 30 Abs. 5 kommen kann,

— inwieweit verhaltensunabhängige (bessere Zahnpflege) Zahnerkrankungen, die Zahnersatz bedingen, einer Sonderregelung bedürfen,

— die Nachteile bei Versicherten vermieden werden können, die keine Möglichkeiten haben, den Vorteil des Bonussystems nach § 30 Abs. 5 zu nutzen.

26. **Artikel 1 § 30 Abs. 2 nach Satz 3**

In § 30 Abs. 2 ist nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

„Dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ist vor der Festlegung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben; die Stellungnahme ist in die Entscheidung mit einzubeziehen."

Begründung

Der Sachverstand der Zahntechniker soll in die zu treffenden Entscheidungen mit einbezogen werden. Die Regelung lehnt sich an § 35 Abs. 4 Satz 4 an, der den Leistungserbringern eine Gelegenheit zur Stellungnahme vor der Festlegung von Festbeträgen für Verband-, Heil- und Hilfsmittel einräumt.

27. **Artikel 1 § 30 Abs. 5**

In § 30 Abs. 5 sind die Worte „10 Prozentpunkte" durch die Worte „15 Prozentpunkte" und die Worte „15 Prozentpunkte" durch die Worte „20 Prozentpunkte" zu ersetzen.

Begründung

Die Versicherten sollen motiviert werden, daß sie ihre Zähne besser pflegen. Die Bonusregelung nach § 30 Abs. 5 ist daher derart auszugestalten, daß ausreichende Anreize für den Versicherten vorliegen, Zahnpflege zu betreiben.

28. **Artikel 1 § 31 Abs. 4**

In § 31 Abs. 4 ist die Zahl „1991" durch die Zahl „1993" zu ersetzen.

Begründung

Mit der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel wird Neuland betreten. Es handelt sich um eine schwierige und zeitaufwendige Aufgabe. Der Zeitraum von zwei Jahren, in dem als Übergangslösung eine Zuzahlung von 3 DM für solche Arzneimittel zu leisten ist, für die kein Festbetrag besteht, erscheint deshalb zu kurz. Er sollte auf vier Jahre verlängert werden.

29. **Artikel 1 § 32 Abs. 2 Satz 2**

In § 32 Abs. 2 Satz 2 sind vor dem Wort „jeweils" die Worte „Kosten in Höhe der" einzufügen.

Begründung

Redaktionelle Klarstellung.

30. **Artikel 1 § 32 Abs. 3**

In § 32 Abs. 3 ist folgender Satz anzufügen:

„Bei ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskuren erfolgt die Zuzahlung je Verordnungseinheit."

Begründung

Die in § 32 Abs. 3 Satz 1 vorgesehene Zuzahlung von vier Deutschen Mark führt dazu, daß bei jeder einzelnen Heilmittelabgabe, also beispielsweise jeder Massage, jedem Wannenbad, jeder Inhalation usw., vier Deutsche Mark zuzuzahlen sind. Bei rd. 40 Kuranwendungen im Rahmen einer ambulanten Vorsorge- und Rehabilitationskur bedeutet dies, daß auf den Kurgast eine zusätzliche Belastung in Höhe von 160 DM zukommen würde. Bei Kneippkuren können noch höhere zusätzliche Belastungen auftreten.

Die ambulante Vorsorge- und Rehabilitationskur mit Kurplan ist als eine Einheit anzusehen; insofern ist auch eine andere Behandlung der Heilmittel bei Kuren im Unterschied zu Heilmitteln im Rahmen der ambulanten Behandlung am Wohnort geboten.

31. **Artikel 1 § 33 Abs. 1**

In § 33 ist Absatz 1 wie folgt zu ändern:

a) Nach Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Ausgleich einer Behinderung erfolgt unabhängig davon, ob dem Eintritt einer Krankheit oder ihrer Verschlimmerung durch Kontrolle entgegengewirkt werden kann."

b) In Satz 2 sind nach dem Wort „Anspruch" die Worte „nach Satz 1" einzufügen.

Begründung

Das Bundessozialgericht hat mit Urteil vom 13. Mai 1982 — 8 RK 8/81 — die Einmalwindeln den Hilfsmitteln i. S. des § 182b RVO zugerechnet, einen Leistungsanspruch aber nur dann bejaht, wenn sich der Betreffende hinsichtlich des Stuhl- und Harnabgangs nicht bemerkbar machen kann. Eine derartige Einschränkung bei der Versorgung mit Pflegehilfsmitteln ist nicht vertretbar. Allen Inkontinenten sind zum Ausgleich ihrer Behinderung Pflegehilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Dies gilt auch für in Heimen untergebrachte Inkontinente, denen mit Hinweis auf die Kontrollmöglichkeit des Pflegepersonals die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln von den Krankenkassen verweigert wird.

32. **Artikel 1 § 33 Abs. 3 Satz 2**

In § 33 Abs. 3 Satz 2 sind vor dem Wort „jeweils" die Worte „Kosten in Höhe der" einzufügen.

Begründung

Redaktionelle Klarstellung.

33. **Artikel 1 § 34 Abs. 4**

Der Bundesrat bittet die Bundesregierung, dafür Sorge zu tragen, daß die Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen durch die Arzneimittelhersteller einer gerichtlichen Nachprüfung unterzogen werden können.

34. **Artikel 1 § 35 Abs. 1**

Nach Auffassung des Bundesrates stößt die Bildung von Arzneimittelgruppen mit

- pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und
- pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien

auf erhebliche fachliche Schwierigkeiten. Es fehlen bisher medizinisch-wissenschaftlich eindeutige Kriterien für die Bildung dieser Gruppen; außerdem kann die Möglichkeit der therapeutischen Substitution eine qualifizierte Patientenversorgung beeinträchtigen.

Der Bundesrat bittet daher, die o. a. Bestimmung im weiteren Gesetzgebungsverfahren hinsichtlich folgender Gesichtspunkte eingehend zu überprüfen:

1. Realisierbarkeit anhand eindeutiger medizinisch-wissenschaftlicher Kriterien,
2. Auswirkungen auf die ärztliche Therapie,
3. Auswirkungen auf die Forschungs- und Innovationsfähigkeit der Arzneimittelhersteller.

35. **Artikel 1 § 35**

Der Bundesrat geht davon aus, daß auch künftig ein einheitlicher Apotheken-Abgabepreis für apothekenpflichtige Arzneimittel gewährleistet ist. Der einheitliche Apotheken-Abgabepreis für Arzneimittel ist gesundheitspolitisch unverzichtbar, da er die Gefahr einer Ausweitung des Arzneimittelverbrauchs aufgrund eines Preiswettbewerbs zwischen den Apotheken ausschaltet und darüber hinaus einen gewissen Ausgleich für die Vielzahl öffentlich-rechtlicher Verpflichtungen darstellt, mit denen die Apotheken aus Gründen der Arzneimittelsicherheit belastet sind.

36. **Artikel 1 nach § 35**

Nach § 35 ist folgender § 35a einzufügen:

„§ 35a

Sozialpsychiatrische Behandlung

(1) In Institutionen, die medizinische und soziale Leistungen oder Leistungen zur Wiedereingliederung erbringen, erhalten Versicherte auf ärztliche Verordnung Leistungen der medizinischen Behandlung oder Rehabilitation. Zu solchen Einrichtungen gehören u. a. sozial-psychiatrische Dienste, psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sowie Tagesstätten.

(2) Leistungen nach Absatz 1 können erbracht werden durch Krankenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten sowie andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation.

(3) Die Vergütung wird zwischen den Krankenkassen und dem Träger der Einrichtung vereinbart. Sie wird pauschaliert."

Begründung

Sozialpsychiatrische Institutionen wie psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen, Tagesstätten und auch Sozialpsychiatrische Dienste ergänzen im Vor- und Nachsorgebereich das Aufgabenspektrum der wichtigsten Träger ambulanter Versorgung, wie niedergelassene Nervenärzte, Psychotherapeuten und psychiatrische Institutsambulanzen. Die sozialpsychiatrischen Institutionen erstrecken ihre Tätigkeit auf Menschen mit unterschiedlichen psychosozialen Schädigungen. Bei vielen Menschen liegen objektive Beeinträchtigungen im Sinne des Krankheitsbegriffs der Reichsversicherungsordnung vor. Das Angebot der sozial-psychiatrischen Institutionen richtet sich im Rahmen der Vorsorge an Patienten, um die bestehende ambulante medizinische Versorgung zu ergänzen oder schrittweise herbeizuführen. Im Rahmen der Nachsorge wenden sie sich an Patienten mit ein- oder mehrfachen Krankenhausaufenthalten.

Die Bündelung von Aufgaben in sozialpsychiatrischen Institutionen, die medizinische und soziale und/oder Leistungen zur Wiedereingliederung erbringen, steht dem gegliederten Leistungsrecht, das die eindeutige Zuordnung auf einen Kostenträger in der Regel verlangt, entgegen. Es gibt noch keine Regelung für eine anteilige Institutsfinanzierung durch mehrere Leistungsträger, die der heterogenen Aufgabenstellung und der wechselseitigen Durchdringung der verschiedenen Leistungen angemessen wäre.

Die Mitwirkung nichtärztlicher Mitarbeiter in sozialpsychiatrischen Institutionen entspricht den vielfältigen Erfahrungen, die auch mit dem Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung bestätigt worden sind.

Mit § 35a soll die anteilige Finanzierung durch die Krankenkassen erreicht werden. Wegen des ansonsten unverhältnismäßig hohen Verwaltungsaufwandes ist es zweckmäßig, die Vergütung entsprechend dem jeweiligen institutionellen Angebot zu pauschalieren.

Es ist erstrebenswert, das Angebot der sozialpsychiatrischen Institutionen vor Ort möglichst unter einer Trägerschaft zusammenzufassen.

37. **Artikel 1 § 36 nach Absatz 4**

In § 36 ist nach Absatz 4 folgender Absatz 5 anzufügen:

„(5) Bei psychiatrischen Erkrankungen gelten Absätze 1 bis 4 auch für die sozialpsychiatrische Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen. Sie kann auch durch Sozialarbeiter und andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation erbracht werden. Für die Dauer der sozialpsychiatrischen Krankenpflege ist das ärztliche Zeugnis maßgeblich."

Begründung

Der in § 36 neu einzufügende Absatz 5 dient zunächst der Klarstellung, daß auch sozialpsychiatrische Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen den Leistungen der häuslichen Krankenpflege zuzurechnen ist. Ferner wird festgestellt, daß auch Sozialarbeiter und andere Fachkräfte mit entsprechender beruflicher Qualifikation zur Leistungserbringung häuslicher psychiatrischer Krankenpflege berechtigt sind. Dies ist erforderlich, da die besonderen Anforderungen bei dieser Betreuung oft nur auf der Grundlage der fachlichen Qualifikation einer Fachhochschulausbildung und teilweise auch nur mit zusätzlicher therapeutischer Weiterbildung bewältigt werden kann.

Zum Aufgabenbereich häuslicher psychiatrischer Krankenpflege gehören Hausbesuche mit beratenden Gesprächen und konkreten Hilfestellungen zu Aktivitäten des täglichen Lebens. Hinzu kommen u. a. Krisenintervention, Motivation zur eigenen Medikamenteneinnahme, Ernährungsberatung, frühzeitiges Erkennen von Krisen im Krankheitsverlauf, Aufrechterhaltung von Kontakten sowie Erarbeitung einer Tages- und Wochenstruktur im lebenspraktischen Bereich. Ziel der Betreuung ist die Aktivierung, Stabilisierung und Verselbständigung der Kranken und Behinderten. Dies erfordert auch den Abbau von Folgeschäden durch Krankheit und langem Krankenhausaufenthalt, wie z. B. die Überwindung von Versagensängsten, die Förderung des Selbstvertrauens, die Steigerung der sozialen Kompetenz zwecks Wiedereingliederung in Gesellschaft und Beruf. Alle diese erwähnten Tätigkeiten sind als nichtärztliche Anteile der medizinischen Rehabilitation anzusehen und fallen damit in die Zuständigkeit der

Krankenkassen. Naturgemäß handelt es sich dabei um längerfristige Prozesse. Gerade psychisch Kranke können in der Regel nur im Rahmen einer längerfristigen Betreuung soweit stabilisiert werden, daß stationäre Krankenhauspflege vermieden werden kann.

38. **Artikel 1 § 37 Abs. 1 Satz 2**

In § 37 Abs. 1 ist in Satz 2 das Wort „achte" durch das Wort „zwölfte" zu ersetzen.

Begründung

Die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt endet nicht mit dem vollendeten achten Lebensjahr, sondern dauert in der Regel bis über das zwölfte Lebensjahr hinaus. Im Interesse ihrer Effektivität muß die Regelung diesem Umstand Rechnung tragen. Dasselbe gilt für behinderte und auf Hilfe angewiesene Familienangehörige, die im Haushalt leben.

39. **Artikel 1 § 38 Abs. 1 Satz 3**

In § 38 Abs. 1 Satz 3 sind die Worte „des Versorgungsauftrags" durch die Worte „der Aufgabenstellung und Leistungsfähigkeit" zu ersetzen.

Begründung

Der Begriff „Versorgungsauftrag" ist im Hinblick auf einzelne konkrete Leistungen der Diagnostik und Therapie nicht ausreichend bestimmbar. Eine zweifelsfreie Zuordnung einzelner Leistungen ist nicht möglich.

40. **Artikel 1 § 38 Abs. 3, § 81 Abs. 4**

§ 38 Abs. 3 ist zu streichen.

Als Folge ist § 81 Abs. 4 Satz 4 zu streichen.

Begründung

Das vorgesehene Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte soll nach der Begründung des Gesetzentwurfs in erster Linie dazu dienen, dem Arzt einen raschen Überblick über die in Betracht kommenden Krankenhäuser zu verschaffen, damit verstärkt preisgünstige Krankenhäuser in Anspruch genommen werden. Genau an diesem Punkt liegt die Problematik des Vorschlags. Die Pflegesätze des Krankenhauses sind keine Preise, sondern lediglich eine Verrechnungseinheit auf das Budget. Sie lassen insofern keine Rückschlüsse auf Kosten und Wirtschaftlichkeit des jeweiligen Krankenhauses zu. Wegen ihres pauschalen Charakters besteht ebenso zwischen den Pflegesätzen und den im Einzelfall zu erbringenden Leistungen kein Zusammenhang. Es geht daher an der Sache vorbei, vom Vergleich der Pflegesatzhöhe auf Preiswürdigkeit schließen zu wollen.

Vor diesem Hintergrund ist die mit erheblichem Verwaltungsaufwand verbundene Entwicklung und ständige Anpassung eines Verzeichnisses der Leistungen und Entgelte für sämtliche zugelassene Krankenhäuser im Land nicht zu vertreten.

Darüber hinaus ist die Gefahr nicht auszuschließen, daß eine strikte Orientierung ärztlicher Einweisungspraxis an einem solchen Verzeichnis zu kontraproduktiven Ergebnissen führen kann. Belegungsveränderungen können dazu führen, daß in ohnehin bereits gut belegte Krankenhäuser noch verstärkt eingewiesen wird und im Zusammenhang damit die Belegung anderer, unter Umständen sogar noch leistungsfähigerer Krankenhäuser zurückgeht.

41. **Artikel 1 § 39 Abs. 3**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie sichergestellt werden kann, daß bei einer Anschlußheilbehandlung der unmittelbare Übergang vom Krankenhaus in eine Rehabilitationseinrichtung weiterhin gewährleistet wird. Die für einen Rehabilitationserfolg wertvollste Zeit im unmittelbaren Anschluß an ein Akutereignis sollte nicht wegen eines Prüfverfahrens durch den Medizinischen Dienst verloren gehen.

42. **Artikel 1 § 39 Abs. 5**

In § 39 Abs. 5 Satz 1 ist der Halbsatz „, die nicht anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden," zu streichen.

Begründung

Die Bestimmung steht in Widerspruch zu § 119 Abs. 1 und verwässert den Abgrenzungsversuch zwischen Krankenhausbehandlung einerseits und Rehabilitationsleistungen andererseits.

Es ist unlogisch, wenn § 39 Abs. 5 davon ausgeht, daß medizinische Rehabilitationsmaßnahmen anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung durchgeführt werden können, gleichzeitig in § 115 Rehabilitation aber so verstanden wird, daß sie „eine stationäre Behandlung, aber keine Krankenhausbehandlung erfordert".

Durch die beantragte Streichung wird einerseits dieser Widerspruch aufgelöst, andererseits die Abgrenzung der beiden Bereiche verbessert, was auch ein Anliegen des Entwurfs ist, vgl. § 115.

43. **Artikel 1 nach § 39**

Nach § 39 ist folgender § 39a einzufügen:

„§ 39a

Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte

Psychisch Kranke und seelisch Behinderte, die nicht oder nicht mehr einer Krankenhausbehandlung bedürfen, erhalten zeitlich begrenzt neben stationärer Unterkunft und Verpflegung Behandlung in einer Rehabilitationseinrichtung, um die Krankheit zu heilen, zu bessern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder um einer drohenden Behinderung vorzubeugen, eine Behinderung zu beseitigen, zu bessern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Die Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation können bis zu einem Jahr dauern. Nach Ablauf von sechs Monaten ist eine Überprüfung vorzusehen."

Begründung

Die Notwendigkeit, psychisch Kranken und Behinderten in Übergangseinrichtungen Rehabilitationschancen zu eröffnen, bedarf einer Ausformulierung im Gesetz. Mit dem neu einzufügenden § 39a wird eine Regelung getroffen, die dem gerecht werden soll. Die Verweisung von psychisch Kranken und Behinderten auf Kurmaßnahmen und in aller Regel gemeindeferne anerkannte Kurorte, wie sie im § 39 vorgesehen wird, ermöglicht keine den besonderen Betreuungsbedürfnissen psychisch Kranker und Behinderter angemessenen Behandlungsangebote.

Die Empfehlungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesanstalt für Arbeit bei der Gewährung von Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte vom 17. November 1986 ermöglicht derartige Maßnahmen nur einem sehr begrenzten Kreis von psychisch Kranken und Behinderten. Dies ergibt sich bereits aus ihrem Anforderungsprofil. Die Zugangsvoraussetzung der sicheren Prognose des Verfügbarwerdens für den allgemeinen Arbeitsmarkt in relativ kurzer Zeit wird nur von wenigen Patienten erfüllt werden können. Die finanzierungsrechtliche Absicherung der im Modellprogramm erprobten Einrichtungen und der anderen in den Ländern geschaffenen Übergangseinrichtungen gebietet eine gesetzliche Regelung, zumal die freiwillige Vereinbarung der zuständigen Reha-Träger bereits durch ihre zahlenmäßige Begrenzung nicht geeignet ist, den weiteren Betrieb all dieser Einrichtungen zu gewährleisten. Die Verweisung aller der in diesen Einrichtungen behandelten psychisch Kranken und Behinderten auf die zuständigen Sozialhilfeträger entspricht nicht dem dort gewährten Leistungsangebot.

Eine gesetzliche Regelung ist deshalb unverzichtbar. Die Vorschrift des § 39a verdeutlicht, daß neben Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation berufsfördernde Maßnahmen angeboten oder vermittelt werden müssen. Damit soll einerseits der Tatsache Rechnung getragen werden, daß medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation nicht scharf voneinander zu trennen sind und insbesondere nicht in zeitlich getrennten Abschnitten erfolgen können. Andererseits wird ausgedrückt, daß nicht alle zur Rehabilitation erforderlichen Maßnahmen, auch wenn sie parallel gewährt werden, unter einem Dach vorhanden sein müssen.

Die im § 39a vorletzter und letzter Satz angesprochenen Zeiträume entsprechen den in der Empfehlungsvereinbarung vorgesehenen Fristen.

44. **Artikel 1 § 40 Abs. 1 Satz 2**

§ 40 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Die Satzung der Krankenkasse kann zu den übrigen Kosten der Kur (z. B. Unterkunft, Kurtaxe, Fahrkosten) einen Zuschuß vorsehen, der fünfzehn Deutsche Mark täglich nicht unterschreiten soll."

Begründung

Durch die Neufassung soll sichergestellt werden, daß ein Mindestzuschuß gewährt wird, der zur teilweisen Deckung der übrigen Kosten dienen soll.

45. **Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1**

In § 44 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte „nach § 10" zu streichen.

Begründung

Ein Anspruch auf Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sollte nicht nur dann gegeben sein, wenn das Kind im Rahmen der Familienversicherung nach § 10 versichert ist, sondern auch, wenn es selbst Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung ist (z. B. als Bezieher einer Waisenrente).

46. **Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1**

In § 44 Abs. 1 Satz 1 ist das Wort „achte" durch das Wort „zwölfte" zu ersetzen.

Begründung

Die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt endet nicht mit dem vollendeten achten Lebensjahr, sondern dauert in der Regel bis über das zwölfte Lebensjahr hinaus. Im Interesse ihrer Effektivität muß die Regelung diesem Umstand Rechnung tragen.

47. **Artikel 1 § 44 Abs. 3 Satz 1**

In § 44 Abs. 3 Satz 1 sind die Worte „Absatz 1" durch die Worte „diesen Vorschriften" zu ersetzen.

Begründung

Der Krankengeldanspruch bestimmt sich nicht nur aus Absatz 1, sondern auch aus Absatz 2. Dies stellt die Neuformulierung klar.

48. **Artikel 1 § 52**
Artikel 35 Nr. 12 Buchstaben c, d, Nr. 17, Nr. 18 Buchstabe b (BVG)

In § 52 ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

„(3) Der Anspruch nach Absatz 1 entfällt, solange ein Anspruch nach § 36 besteht; der Anspruch nach Absatz 1 entfällt ebenfalls, soweit und solange ein Anspruch nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes besteht."

Als Folgen sind in Artikel 35

— in Nummer 12 Buchstabe c Absatz 3 zu streichen;

— in Nummer 12 Buchstabe d wie folgt zu fassen:

,d) Der bisherige Absatz 3 wird Absatz 4; in seinem Satz 1 wird nach den Worten „Abs. 1 Satz 1" das Wort „und" gestrichen und ein Komma eingefügt, nach den Worten „Abs. 2" werden die Worte „und Abs. 3" eingefügt.'

— Nummer 17 zu streichen;

— Nummer 18 Buchstabe b zu streichen.

Begründung

Versorgungsberechtigte nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) sind bei schädigungsbedingter Hilflosigkeit über § 35 BVG ausreichend abgesichert. Sie erhalten nach dieser Vorschrift eine Pflegezulage, die pauschaliert oder nach § 35 Abs. 1 Satz 5 BVG in voller Höhe der anfallenden Pflegekosten gewährt werden kann; die Leistungen nach § 35 BVG gehen somit über die nach den §§ 52ff. SGB V hinaus. Für diesen Personenkreis ist eine Vorleistung der Krankenkasse mit der Konsequenz einer nachfolgenden Erstattung durch die Verwaltungsbehörde und die Anrechnung der Leistungen auf die Pflegezulage des Berechtigten nicht erforderlich. Die innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung für Schwer- und Schwerstpflegebedürftige vorgesehenen Hilfen zur Pflege sollen nur dann zum Tragen kommen, wenn und soweit der Anspruch nach § 35 BVG nicht durchdringt, weil die Hilflosigkeit überwiegend auf schädigungsunabhängigen Gesundheitsstörungen beruht. Durch das Wort „soweit" wird klargestellt, daß in diesen Fällen die Leistung nach den Vorschriften des SGB V zu gewähren ist.

Im übrigen wird ein unnötiger Verwaltungsaufwand vermieden.

49. **Artikel 1 § 52 Abs. 4**

§ 52 Abs. 4 ist wie folgt zu fassen:

„(4) Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erläßt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften zur Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen."

Begründung

Die vorgesehenen Leistungen für Schwerpflegebedürftige korrespondieren mit Leistungen der Sozialhilfe (insbesondere § 69 BSHG). Sie berühren unmittelbar Landesplanungen und Landesförderungen auf dem Gebiet der ambulanten Kranken-, Alten- und Familienhilfe. Eine möglichst frühzeitige Abgleichung der Empfängerkreise im Bereich der Pflegebedürftigen erscheint deswegen dringend geboten und nach der vorhandenen Interessenlage am besten durch Rechtsverordnung des Bundes unter Beteiligung der Länder möglich.

50. **Artikel 1 § 56 Abs. 2**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren für § 56 Abs. 2 eine Regelung zu finden, die den Besonderheiten der Pflege durch mehrere Familienmitglieder, insbesondere im ländlichen Raum, Rechnung trägt.

Die vorgesehene Regelung ist nicht praxisgerecht. Pflege ist häufig eine Gemeinschaftsleistung mehrerer Personen aus dem Familienverband, von Angehörigen, Nachbarn oder Freunden.

Die vorgesehene Regelung ist auch sozialpolitisch problematisch. Sie würde gerade die Personen ausschließen, die durch Beruf, Haushalt, Familie und Pflege besonders stark belastet sind, wie z. B. Bäuerinnen, die in aller Regel mehr als die Hälfte der Arbeitszeit einer hauptberuflichen Pflegekraft anderweitig tätig sind. Die vorgesehene Regelung liegt auch nicht im Interesse der Pflegebedürftigen, weil sie die häusliche Pflege nicht stärken, sondern die Pflegebereitschaft in vielen Familien eher schwächen würde. Im übrigen wäre eine solche Regelung schon wegen der dann notwendigen Kontrolle in der Praxis kaum praktikabel.

51. **Artikel 1 Drittes Kapitel Neunter Abschnitt und §§ 68, 68a, 69, 70, 142**

a) Die Überschrift des neunten Abschnitts ist wie folgt zu fassen:

„Fahrkosten, Leistungen des Rettungsdienstes"

b) § 68 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind die Worte „einschließlich der Transporte nach § 142" zu streichen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 ist das Wort „Fahrzeug" durch das Wort „Transportmittel" zu ersetzen.

cc) In Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 sind die Worte „der nach § 142 berechnungsfähige Betrag," durch die Worte „der Fahrpreis oder der nach § 142 berechnungsfähige Betrag." zu ersetzen.

dd) Absatz 3 Satz 1 Nr. 3 ist zu streichen.

c) Nach § 68 ist folgender § 68a einzufügen:

„§ 68a

Leistungen des Rettungsdienstes

(1) Die Krankenkasse trägt die Kosten für die im Zusammenhang mit einer ihrer Leistungen notwendige Versorgung und Beförderung

1. von Notfallpatienten (Notfallrettung),

2. von sonstigen kranken, verletzten oder hilfsbedürftigen Personen, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport), soweit diese Kosten je Einsatz 20 Deutsche Mark übersteigen.

Die Krankenkasse übernimmt auch den Anteil des Versicherten an den Krankentransportkosten, wenn der Versicherte dadurch unzumutbar belastet würde (§ 69), im übrigen, soweit § 70 dies vorsieht.

(2) Welche Einsatzart in Betracht kommt, bestimmt sich nach der medizinischen Notwendigkeit zu Beginn des Einsatzes. Dies gilt auch für die Beurteilung, ob eine Leistung des Rettungsdienstes (Krankentransport oder Notfallrettung) erforderlich ist, oder ob eine sonstige Beförderung (§ 68) ausreichend ist.

(3) Die Kosten eines Krankentransports in den Geltungsbereich dieses Gesetzbuchs werden nicht übernommen. § 18 bleibt unberührt."

d) In § 69 Abs. 1 ist in Nummer 2 das Wort „und" durch ein Komma zu ersetzen und nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. den von den Versicherten zu tragenden Teil der berechnungsfähigen Kosten für Leistungen des Rettungsdienstes zu übernehmen und".

e) § 70 ist wie folgt zu ändern:

aa) In Absatz 1 Satz 1 sind nach dem Wort „Fahrkosten" die Worte „, den Versichertenanteil bei Leistungen des Rettungsdienstes" einzufügen.

bb) In Absatz 1 Satz 2 sind nach dem Wort „Fahrkosten" die Worte „, Kosten für Leistungen des Rettungsdienstes" einzufügen.

f) § 142 ist wie folgt zu ändern:

aa) Die Überschrift ist wie folgt zu fassen:

„Versorgung mit Leistungen des Rettungsdienstes und anderen Krankenbeförderungsleistungen"

bb) Absatz 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt, schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und nach Bedarf über das Entgelt für andere Krankenbeförderungen mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen. Sie haben dabei die Sicherstellung der flächendeckenden rettungsdienstlichen Versorgung und die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Die vereinbarten Preise sind Höchstpreise."

cc) Absatz 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes (§ 68a) durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Bestimmungen festgelegt, können die Krankenkassen ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken, wenn

1. vor der Entgeltfestsetzung den Krankenkassen oder ihren Verbänden keine Gelegenheit zur Erörterung gegeben wurde oder

2. bei der Entgeltbemessung Investitionskosten und Kosten der Reservevorhaltung berücksichtigt worden sind, die durch eine über die Sicherstellung der Leistungen des Rettungsdienstes hinausgehende öffentliche Aufgabe der Einrichtungen bedingt sind oder

3. die Leistungserbringung gemessen an den rechtlich vorgegebenen Sicherstellungsverpflichtungen unwirtschaftlich ist."

dd) In Absatz 3 ist das Wort „Krankentransportleistungen" durch die Worte „Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankenbeförderungsleistungen" zu ersetzen.

Begründung

zu a) bis e)

§ 68 wird den Besonderheiten der Leistungen des Rettungsdienstes (einschließlich der Notfallrettung) nicht gerecht. Die Vorschrift betrachtet diese Leistungen als bloße Fahrleistung, um sie gleichrangig mit der Beförderung durch Taxi- und Mietwagenunternehmen zu behandeln. Dabei wird völlig verkannt, daß es sich bei den Leistungen des Rettungsdienstes in erster Linie um die präklinische Versorgung, die sachgerechte medizinische Betreuung von Patienten handelt. Im Gegensatz zu den vom Taxi- und Mietwagengewerbe durchgeführten Patientenfahrten ist der Transport beim Rettungsdienst nur ein untergeordneter Teilaspekt der Leistung.

Durch Einfügung des § 68a wird diesen Besonderheiten der Leistungen des Rettungsdienstes Rechnung getragen.

Die Aufnahme einer eigenen Vorschrift über den Rettungsdienst macht es erforderlich, die §§ 68, 69 und 70 inhaltlich und redaktionell darauf abzustimmen.

zu f)

Die Gewährleistung eines leistungsfähigen Rettungsdienstes fällt in die Zuständigkeit der Länder. Sie haben hierfür sachgerechte Regelungen getroffen, die die Kostenträger und die Leistungsträger einbeziehen. Für hiervon abweichende Vereinbarungen der Krankenkassen oder ihrer Verbände auf dem Gebiete des Rettungsdienstes ist daher kein Raum.

52. **Artikel 1 § 68 Abs. 2 Nr. 1**

In § 68 Abs. 2 ist in Nummer 1 das Wort „vollstationär" durch die Worte „teil- oder vollstationär" zu ersetzen.

Begründung

Die teilstationäre Versorgung, insbesondere die tagesklinische Behandlung, sollte — auch aus Kostengründen — künftig verstärkt ausgebaut werden. Dem sollte auch bei der Fahrkostenregelung Rechnung getragen werden.

53. **Artikel 1 § 69 nach Absatz 2**

In § 69 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) Die Krankenkasse hat bei den in Absatz 2 Nr. 2 genannten Versicherten die im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendigen Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln zu übernehmen."

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht bei notwendigen Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln für versicherte Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Bundessozialhilfegesetz (§ 69 Abs. 2 Nr. 2) keine vollständige Befreiung vor. Die Einbeziehung dieses Personenkreises in die Regelung über die teilweise Befreiung (§ 70) führt bei den Hilfeempfängern zu unzumutbaren Belastungen und bei den Trägern der Sozialhilfe wegen dann oft notwendiger vorläufiger bzw. ergänzender Leistungen zu einem erheblichen Kosten- und Verwaltungsaufwand. Es muß deshalb sichergestellt werden, daß Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt von den genannten Zuzahlungen zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung vollständig befreit werden. Das gleiche gilt für die übrigen in § 69 Abs. 2 Nr. 2 aufgeführten Personenkreise.

54. **Artikel 1 § 69 Abs. 3 Satz 2**

In § 69 Abs. 3 Satz 2 ist der Punkt zu streichen und es sind folgende Worte anzufügen:

„bis zur Höhe der vergleichbaren Grundrente nach dem Bundesversorgungsgesetz."

Begründung

Ersichtlich ist die Formulierung in Absatz 3 Satz 2 an § 76 Abs. 1 Bundessozialhilfegesetz orientiert. Diese Vorschrift wurde durch das Fünfte Gesetz zur Änderung des Bundesssozialhilfegesetzes vom 28. Oktober 1986 (BGBl. I S. 1657) neu gefaßt. Ziel der Änderung war, die Gleichbehandlung der Renten nach dem Bundesentschädigungsgesetz mit den Renten nach dem Bundesversorgungsgesetz zu erreichen, da für eine Besserstellung der Bezieher von Leistungen nach dem Bundesentschädigungsgesetz kein sachlicher Grund besteht. Für die Bewertung der Einnahmen in Artikel 1 § 69 Abs. 3 kann nichts anderes gelten.

55. **Artikel 1 § 69 nach Absatz 4, § 70 nach Absatz 3**

a) Nach § 69 Abs. 4 ist folgender Absatz 5 anzufügen:

„(5) Der Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 darf keine Angaben über das Einkommen des Versicherten oder anderer zu berücksichtigender Personen enthalten."

b) Nach § 70 Abs. 3 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Für den Bescheid über eine Befreiung nach Absatz 1 Satz 1 gilt § 69 Abs. 5 entsprechend."

Begründung zu a) und b)

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Klarstellung wünschenswert.

56. **Artikel 1 nach § 70**

Nach § 70 ist folgender neuer ... Abschnitt mit folgendem § 70a einzufügen:

„... Abschnitt

Förderung von Einrichtungen

§ 70a

Förderung von Einrichtungen zur Prävention oder Rehabilitation

(1) Die Krankenkassen sowie die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen können Einrichtungen fördern, die der ambulanten oder stationären Prävention oder Rehabilitation von Versicherten dienen. Die Prävention umfaßt auch andere als die in den §§ 20 bis 24 geregelten Leistungen. Zur Rehabilitation gehören auch sonstige Leistungen mit den in § 11 Abs. 2 beschriebenen Zielen.

(2) Die Aufwendungen der Krankenkassen dürfen im Kalenderjahr 0,1 vom Hundert der im Haushaltsplan vorgesehenen Leistungsausgaben nicht überschreiten. Die Aufwendungen der Landesverbände der Krankenkassen und der Verbände der Ersatzkassen dürfen im Kalenderjahr 0,1 vom Hundert der in den Haushaltsplänen ihrer Mitgliedskassen vorgesehenen Leistungsausgaben nicht überschreiten. Bei Krankenkassen und Verbänden, deren Zuständigkeitsbereich sich über das Gebiet eines Landes hinaus erstreckt, richtet sich die zulässige Höhe der Aufwendungen innerhalb eines Landes nach den Leistungsausgaben, die auf die Versicherten mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt innerhalb des Landes entfallen."

Begründung

Derzeit bestehen Versorgungsnotwendigkeiten der Prävention und Rehabilitation, denen nur unzureichend mittels individueller Leistungsansprüche der Versicherten Rechnung getragen werden kann. Hierbei handelt es sich oft um eine notwendige interdisziplinäre Versorgung, beispielsweise in betreuten Wohnungen, therapeutischen Wohngemeinschaften, in Tagesstätten und in Beratungseinrichtungen.

Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern bereits heute in nicht unerheblichem Umfang solche vielfältigen Versorgungen. Sie werden hierbei aufgrund von § 364 Abs. 1 Nr. 1 der Reichsversicherungsordnung tätig. Diese rechtliche Möglichkeit zur institutionellen Förderung gilt es aufrechtzuerhalten. Deshalb muß — vergleichbar auch dem § 1305 der Reichsversicherungsordnung — eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, die es den Krankenkassen und ihren Verbänden ermöglicht, Einrichtungen zur Prävention und Rehabilitation, insbesondere interdisziplinär arbeitende Einrichtungen, institutionell zu fördern.

Um eine beitragssatzsteigernde Leistungsausweitung zu verhindern, sieht Absatz 2 eine Begrenzungsregelung vor. Die Ausgaben der Krankenkassen für die institutionelle Förderung dürfen im Kalenderjahr 0,1 v. H. der im Haushaltsplan vorgesehenen Leistungsausgaben nicht übersteigen. Für die Krankenkassenverbände gilt der gleiche Vomhundertsatz bezogen auf die in den Haushaltsplänen der Mitgliedskassen vorgesehenen Leistungsausgaben.

57. **Artikel 1 § 71 Satz 1**

In § 71 Satz 1 sind die Worte „Selbstverwaltung der Krankenkassen" durch das Wort „Krankenkasse" zu ersetzen.

Begründung

Die Übertragung von Modellvorhaben und Maßnahmen und Verfahren zur Erprobung an die Selbstverwaltung der Krankenkassen ist unscharf, weil nicht eindeutig festgelegt wird, ob Vertreterversammlung oder Vorstand zuständig sein sollen. Die Übertragung der Aufgaben auf die Krankenkasse gewährleistet, daß die bewährte Aufgabenverteilung zwischen Geschäftsführer, Vorstand und Vertreterversammlung, wie sie im 3. Abschnitt des Vierten Buches Sozialgesetzbuch geregelt ist, Platz greift.

58. **Artikel 1 § 71 Satz 1**

In § 71 Satz 1 sind nach dem Wort „kann" die Worte „mit Zustimmung der zuständigen Aufsichtsbehörde" einzufügen.

Begründung

Mit den Erprobungsregelungen werden die Krankenkassen ermächtigt, durch Satzungsregelungen für eine befristete Zeit geltendes Recht nicht anzuwenden und statt dessen durch Satzungsregelungen neue Ansprüche zu begründen. In diesen Fällen genügt es nicht, der Aufsichtsbehörde lediglich die Prüfung der Rechtmäßigkeit einzuräumen. Vielmehr müssen die Aufsichtsbehörden in diesen Fällen auch die Möglichkeit haben, unter Zweckmäßigkeitserwägungen Stellung zu nehmen.

59. **Artikel 1 § 73 nach Absatz 2**

In § 73 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Hat der Sozialhilfeträger die Beiträge übernommen, steht diesem der Anspruch auf die Beitragsrückzahlung zu."

Begründung

§ 13 Bundessozialhilfegesetz sieht vor, daß unter den Bedingungen der Hilfe zum Lebensunterhalt Krankenversicherungsbeiträge zu übernehmen sind oder übernommen werden können. Der Nachrang der Sozialhilfe gebietet, wo möglich, die Refinanzierung. Für das Leistungsrecht ist diese in den §§ 102 ff. SGB X vorgesehen. Diese Bestimmungen sind auf die Beitragsrückgewähr nicht anwendbar, so daß es einer besonderen Regelung bedarf.

60. **Artikel 1 vor § 77**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern so gestaltet werden können, daß das Vertragsrecht mit Ausnahme unbedingt notwendiger rahmenvertraglicher Regelungen, wie etwa der Bundesmantelverträge und bundeseinheitlicher Leistungsverzeichnisse und Richtlinien, auf landesunmittelbare Körperschaften und Einrichtungen verlagert werden kann.

Die länderbezogene Gesundheitspolitik erfordert eine durchgängige landesorientierte Vertragspolitik. Da das bundeseinheitliche Vorgehen der Ersatzkassenverbände sich nicht immer mit den Interessen der Länder deckt, sollten die Ersatzkassenverbände in das regionale Vertragsgeschehen eingebunden werden. Durch die Einbeziehung der Ersatzkassenverbände in das regionale Vertragsgeschehen einschließlich des Abschlusses der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Gesamtverträge sollen inhaltlich gleiche Abmachungen auf regionaler Ebene erreicht werden.

61. **Artikel 1 § 78 Abs. 1 Satz 2**

In § 78 Abs. 1 ist Satz 2 durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Die Versorgung der Versicherten muß ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie darf das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kann der Versicherte nicht beanspruchen. Die Leistungserbringer dürfen solche Leistungen nicht bewirken oder verordnen; die Kasse darf sie nachträglich nicht bewilligen. Die Leistungen müssen unter Berücksichtigung der Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit erbracht werden. Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Verträgen, insbesondere in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen, diese Grundsätze zu beachten."

Begründung

Es wird eine redaktionelle Anpassung an das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 vorgenommen und die Bindung der Leistungserbringer an die Grundsätze von Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit verdeutlicht. Nach den Krankenkassen (§ 4 Abs. 4) und den Versicherten (§ 12) werden sämtliche Leistungserbringer verpflichtet, bei der Erstellung der Leistungen das Wirtschaftlichkeitsgebot zu berücksichtigen. Neben die Beachtung der Beitragssatzstabilität in den Verträgen rückt die Beachtung der wirtschaftlichen Leistungserstellung.

62. **Artikel 1 §§ 79, 150**

Der Bundesrat begrüßt, daß der Entwurf der Bundesregierung für ein Gesundheits-Reformgesetz in § 117 Abs. 4 Satz 3 letzter Halbsatz festlegt, daß bei der Pflegesatzfindung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität keinen Vorrang vor dem Anspruch der Krankenhausträger auf Deckung der Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses hat.

An dieser Rechtslage könnten möglicherweise aus folgenden Gründen Zweifel entstehen: § 79 verpflichtet nämlich die Krankenkassen und die Leistungserbringer, also auch die Krankenhäuser, zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. § 150 Abs. 2 gibt der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen auf, ihre Empfehlungen am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten.

Der Bundesrat stellt deshalb ausdrücklich klar, daß die Vorschrift des § 117 Abs. 4 Satz 3 und damit §§ 4 und 17 Abs. 1 KHG lex specialis zu den Vorschriften der §§ 79 und 150 ist.

63. **Artikel 1 §§ 80, 90, 91**

a) In § 80 Abs. 2 sind nach dem Wort „Verträge" die Worte „der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und" einzufügen.

b) In § 80 ist Absatz 3 wie folgt zu fassen:

„(3) Für die Verträge der Verbände der Ersatzkassen mit den Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und den Kassenärztlichen Vereinigungen über die vertragsärztliche Versorgung gelten die Absätze 1 und 2 entsprechend."

Folgeänderungen:

a) In § 90 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort „Krankenkassen" die Worte „, den Verbänden der Ersatzkassen und der Bundesknappschaft" einzufügen.

b) In § 91 Abs. 1 sind die Sätze 2 und 3 zu streichen.

c) In § 91 Abs. 3 Satz 1 ist das Wort „Bundesvereinigungen" durch das Wort „Vereinigungen" zu ersetzen.

d) In § 91 ist in Absatz 3 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Die Verbände der Ersatzkassen können diese Aufgabe auf eine im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung von den Ersatzkassen gebildete Arbeitsgemeinschaft oder eine Ersatzkasse übertragen."

e) In § 91 ist in Absatz 4 nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Die Bundesknappschaft kann diese Aufgabe auf eine für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung zuständige Verwaltungsstelle übertragen."

f) In § 91 ist in Absatz 4 der bisherige Satz 2 wie folgt zu fassen:

„§ 93 gilt entsprechend."

Begründung

Die länderbezogene Gesundheitspolitik erfordert eine durchgängige landesorientierte Vertragspolitik. Das — gegenwärtig praktizierte — bundeseinheitliche Vorgehen der Ersatzkassenverbände deckt sich nicht immer mit den Bedürfnissen der Länder. Die Verbände der Ersatzkassen müssen deshalb in das regionale Vertragsgeschehen eingebunden werden. Dadurch sollen auf regionaler Ebene auch inhaltlich angeglichene Abmachungen erreicht werden.

Es können bei den Ersatzkassen — wie bereits bei den bisherigen RVO-Kassen — auf Bundesebene lediglich Rahmenverträge (Bundesmantelverträge) geschlossen werden, deren Ausgestaltung dann auf Landesebene in Vereinbarungen (Gesamtverträgen) mit der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.

Entsprechendes hat — soweit erforderlich — auch für die knappschaftliche Krankenversicherung zu gelten.

64. **Artikel 1 § 81 Abs. 4 nach Satz 4**

In § 81 Abs. 4 ist nach Satz 4 folgender Satz anzufügen:

„Bei Hochschulkliniken ist zusätzlich zu berücksichtigen, daß Krankenhausbehandlung in dem Umfang und in der Breite von Krankheitsbildern durchgeführt werden kann, die für die Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre erforderlich sind."

Begründung

Die Regelung soll bewirken, daß bei den Hochschulkliniken keine weitere Einengung auf bestimmte Krankheitsbilder (Krankheitsarten) erfolgt. Damit wäre der Ausbildungsauftrag massiv gefährdet. Der Trend, aufwendige und kostenintensive Behandlungsmethoden noch mehr als bisher auf Hochschulkliniken zu konzentrieren, würde verstärkt werden, so daß den Hochschulkliniken schließlich keine für die Ausbildung geeigneten Patienten mehr zur Verfügung stünden. Außerdem würden die Gesamtkosten so steigen, daß die ohnehin schon sehr hohen Pflegesätze kaum mehr verhandlungsfähig wären. Die Wissenschaftsressorts wären genötigt, die Landeszuschüsse an die Hochschulkliniken zur Subventionierung der Krankenversorgung zu erhöhen, so daß dadurch die Landeshaushalte mehr als bisher belastet würden. Aus diesem Grunde empfiehlt sich eine zusätzliche Formulierung, die sich an § 125 (Polikliniken) anlehnt.

65. **Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 1**

In § 81 Abs. 5 ist Satz 1 durch folgende Sätze zu ersetzen:

„Der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt und die ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtung haben bei der Verordnung von Arzneimitteln die Preisvergleichsliste nach § 100 Abs. 2 zu beachten. Auf dem Verordnungsblatt sollen sie ihre Entscheidung kenntlich machen, ob die Apotheke ein preisgünstigeres wirkstoffgleiches Arzneimittel anstelle des verordneten Mittels abgeben darf."

Begründung

Es erscheint sinnvoll, die Beachtung der Preisvergleichsliste bei der Verordnung verbindlich vorzusehen.

66. **Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 2**

In § 81 Abs. 5 sind in Satz 2 die Worte „auf Wunsch des Versicherten" zu streichen.

Begründung

Zur Information des Patienten über die Mehrkosten sollte der Arzt auch verpflichtet werden, wenn der Arzt — ohne ausdrücklichen Wunsch des Patienten — ein teureres Arzneimittel verordnet.

67. **Artikel 1 § 82 nach Satz 1**

In § 82 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen:

„Der Arzt ist in diesen Fällen befugt, die notwendigen Informationen für die Stellungnahme zu erteilen."

Begründung

Die Einholung von Stellungnahmen durch den Arzt setzt voraus, daß er den begutachtenden Ärzten die Grundlagen für die Abgabe einer Stellungnahme mitteilt. Hierfür benötigt er eine klare gesetzliche Ermächtigung für die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht.

68. **Artikel 1 § 83 Abs. 3**

a) In § 83 Abs. 3 ist nach Satz 1 folgender Satz einzufügen:

„Die Sicherstellung umfaßt insbesondere die Abrechnung und Prüfung der Leistungen einschließlich der Wirtschaftlichkeitsprüfung."

b) In § 83 Abs. 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die ärztlichen Leistungen sind so zu vergüten, wie die Ortskrankenkasse am jeweiligen Niederlassungsort der Ärzte die kassenärztlichen Leistungen vergütet."

c) In § 83 Abs. 3 sind in Satz 3 die Worte „1 und 2" durch die Worte „1 bis 3" zu ersetzen.

Begründung

zu a)

Sozialgerichtliche Verfahren, über die noch nicht abschließend entschieden ist, haben gezeigt, daß es der Klarstellung bedarf, daß nicht nur die unentgeltliche Abrechnung der ärztlichen Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen mit umfaßt wird, sondern auch die notwendigen Prüfungen.

zu b)

Die bisher bewährte Regelung nach § 368n Abs. 2 RVO soll beibehalten werden, um Mehrkosten für die öffentlichen Haushalte zu vermeiden.

Selbst das Bundesverfassungsgericht hat 1982 in eindeutiger Weise die bisherige Vergütungsbegrenzung als zumutbar, geeignet und erforderlich bestätigt; mit ihr würden „vernünftige Erwägungen des Gemeinwohls verfolgt" und die Vergütungssätze der Ortskrankenkassen „stellen eine angemessene Vergütung dar" (BVerfGE 62, 354).

zu c)

Folgeänderung.

69. **Artikel 1 § 83 Abs. 5**

§ 83 Abs. 5 ist wie folgt zu fassen:

„(5) Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden können die Kassenärztlichen Vereinigungen und Kassenärztlichen Bundesvereinigungen weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen."

Begründung

Nach der bisherigen Regelung in § 368n Abs. 2 Satz 3 RVO konnten Aufgaben der ärztlichen Versorgung auch für Versorgungs- und Sozialhilfeträger übernommen werden, die nicht zu den Sozialversicherungsträgern nach § 29 Abs. 1 SGB IV gehören.

Es ist nicht einsichtig, aus welchen Gründen Vereinbarungen dieser Art zukünftig unmöglich gemacht werden sollen.

Bei einer Privatliquidation durch die behandelnden Ärzte hätte dies zudem erhebliche Mehrkosten für die Versorgungs- und Sozialhilfeträger zur Folge.

70. **Artikel 1 § 83 Abs. 6 Satz 3**

In § 83 Abs. 6 sind in Satz 3 die Worte „Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung" durch die Worte „Betriebs- und Wirtschaftsführung" zu ersetzen.

Begründung

Für die Kassenärztlichen Vereinigungen gilt nach § 86 Abs. 3 § 78 SGB IV entsprechend. § 78 SGB IV ermächtigt die Bundesregierung, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates, Grundsätze für die Rechnungsprüfung, die Entlastung, die Buchführung und die Rechnungslegung zu regeln. Neben dieser Verordnungsermächtigung ist für Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen kein Raum mehr.

71. **Artikel 1 § 87 Abs. 1, § 89 Abs. 1 Nr. 3**

In § 87 sind in Absatz 1 folgende Sätze anzufügen:

„Die Sitzungen der Vertreterversammlung sind öffentlich, soweit sie sich nicht mit personellen Angelegenheiten oder Grundstücksgeschäften befassen. Die Vertreterversammlungen können die Öffentlichkeit für weitere Beratungspunkte in nichtöffentlicher Sitzung ausschließen. Der Beschluß ist in öffentlicher Sitzung bekanntzu-

geben. Mitglieder des Vorstandes können nicht Mitglieder der Vertreterversammlung sein."

Als Folge ist in § 89 Abs. 1 die Nummer 3 zu streichen.

Begründung

Die Regelungen aus § 368 l Abs. 1 Satz 2 bis 4 RVO zur Öffentlichkeit der Sitzungen der Vertreterversammlungen und zur Verhinderung von Doppelmandaten in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen sollten wegen ihrer grundsätzlichen Bedeutung beibehalten werden. Insbesondere ist nicht einzusehen, warum Bestimmungen zur Öffentlichkeit der Vertreterversammlung anders als bei den Sozialversicherungsträgern nach § 63 Abs. 3 SGB IV nicht einheitlich, sondern je nach Satzungsbestimmung der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen unterschiedlich geregelt werden sollen.

72. **Artikel 1 § 88 Abs. 2**

In § 88 ist in Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Vertreterversammlung und Vorstand wählen aus ihrer Mitte jeweils einen Vorsitzenden und einen stellvertretenden Vorsitzenden."

Begründung

Die Ergänzung dient der Klarstellung, daß die Selbstverwaltungsorgane der Kassenärztlichen Vereinigungen sich jeweils einen Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden zu wählen haben, wie dies in § 62 Abs. 1 SGB IV für die Sozialversicherungsträger bestimmt ist. Damit wird auch ausgeschlossen, daß z. B. der Vorstandsvorsitzende gleichzeitig den Vorsitz in der Vertreterversammlung führt. Dieses vereinzelt noch praktizierte Verfahren widerspricht der Bedeutung und der erforderlichen Selbständigkeit der Vertreterversammlung.

73. **Artikel 1 § 89 Abs. 1 nach Nummer 2**

In § 89 Abs. 1 ist nach Nummer 2 folgende Nummer 2a einzufügen:

„2a. Bemessung der Entschädigung für Organmitglieder,".

Begründung

Wiederherstellung des Referentenentwurfes und Angleichung an § 41 Abs. 4 SGB IV.

74. **Artikel 1 § 89 Abs. 5 Satz 2**

In § 89 Abs. 5 sind in Satz 2 die Worte „bis zu sechs Monaten" durch die Worte „bis zu zwei Jahren" zu ersetzen.

Begründung

Die festgelegte Frist von „bis zu sechs Monaten" ist nach den gemachten Erfahrungen zu gering bemessen. Denn danach gibt es viele Fälle, in denen sechs Monate zu wenig sind, die Entziehung der Zulassung aber zu weit gehen würde.

75. **Artikel 1 § 90 nach Absatz 3**

In § 90 ist nach Absatz 3 folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Zur Förderung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit in der Durchführung der Verträge, zur Vorbereitung der Anpassung laufender Verträge an veränderte Verhältnisse und zur Vorbereitung des Abschlusses neuer Verträge sind in allen Verträgen paritätisch besetzte Vertragsausschüsse vorzusehen."

Begründung

Der bisherige § 368g Abs. 7 RVO soll insoweit unverändert übernommen werden.

Hierdurch soll die Fortführung bewährter Verfahrensweisen ermöglicht und rechtlich abgesichert werden.

Auf die bisher vorgesehenen, aber nicht erfolgten Richtlinien durch die Bundesausschüsse hierzu kann allerdings verzichtet werden.

76. **Artikel 1 § 91 Abs. 2 Satz 1, nach Satz 2**

a) In § 91 Abs. 2 Satz 1 ist das Wort „Verfahren" durch das Wort „Regelungen" zu ersetzen.

b) In § 91 Abs. 2 sind nach Satz 2 folgende Sätze anzufügen:

„Die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen, auf die sich die Prüfung der Abrechnungen erstreckt, sowie die beteiligten Krankenkassen sind über die Eröffnung des Prüfverfahrens zu unterrichten. Die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch gelten entsprechend."

Begründung

Es soll klargestellt werden, daß die in die Prüfung ihrer Abrechnungen einbezogenen Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen über die Eröffnung eines Prüfverfahrens zu unterrichten sind. Dies entspricht § 12 Abs. 2 SGB X. Zugleich wird klargestellt, daß die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren nach SGB X entsprechend gelten.

77. **Artikel 1 § 91 Abs. 3**

§ 91 Abs. 3 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Absatz 2 sowie § 90 Abs. 1, §§ 92, 93 und 114 gelten entsprechend."

Begründung

Die Änderung dient der Klarstellung, daß Vereinbarungen zu den Plausibilitätskontrollen, Richtwerten und Wirtschaftlichkeitsprüfungen auch für den Ersatzkassenbereich zu treffen sind.

78. **Artikel 1 § 96 Abs. 1, § 97 nach Absatz 6**

a) In § 96 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte „und deren Vergütungen" sowie der Satz 2 zu streichen.

b) Nach § 96 Abs. 1 ist folgender Absatz 1a einzufügen:

„(1a) Die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Vergütungen für die nach dem bundeseinheitlichen Verzeichnis abrechnungsfähigen zahntechnischen Leistungen. Die vereinbarten Vergütungen sind Höchstpreise."

c) Nach § 97 Abs. 6 ist folgender Absatz 6a einzufügen:

„(6a) Die Innungsverbände der Zahntechniker, die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft und die Verbände der Ersatzkassen bilden ein Landesschiedsamt. Das Schiedsamt besteht aus sieben von den Innungsverbänden der Zahntechniker sowie je einem von den Landesverbänden der Krankenkassen und der Bundesknappschaft sowie zwei von den Verbänden der Ersatzkassen bestellten Vertretern, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Im übrigen gelten die Absätze 1 und 3 und Absatz 5 Satz 1 sowie die auf Grund des Absatzes 6 erlassene Schiedsamtsverordnung entsprechend."

Begründung

zu a) und b)

Um die regionalen Verhältnisse angemessen berücksichtigen zu können, bedarf es Vereinbarungen auf Länderebene. Eine Zentralisierung von Selbstverwaltungskompetenzen ist nicht gerechtfertigt.

zu c)

Folgeänderung. Die Konfliktlösung erfolgt durch Landesschiedsämter.

79. **Artikel 1 § 97 Abs. 4 Satz 2**

§ 97 Abs. 4 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Das Schiedsamt besteht aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen in gleicher Zahl, einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern."

Begründung

Klarstellung des Gewollten.

80. **Artikel 1 § 97 nach Absatz 5**

In § 97 ist nach Absatz 5 folgender Absatz 5a einzufügen:

„(5a) Die Absätze 1 bis 5 gelten für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung entsprechend."

Begründung

Die Ersatzkassen sind in das regionale Schiedswesen einzubeziehen. Das erfordert eine auf diese Belange ausgerichtete Schiedsamtsregelung, also je ein Landesschiedsamt für die vertragsärztliche und die vertragszahnärztliche Versorgung.

81. **Artikel 1 § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5**

In § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5 ist jeweils das Wort „bedarfsgerechten" durch das Wort „zweckmäßigen" zu ersetzen.

Begründung

Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinischen Großgeräte sollen ausschließlich in dem Großgeräteausschuß nach § 131 abgestimmt werden. Die Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 sollten sich also — falls dies überhaupt beabsichtigt gewesen sein sollte — einer Aussage zum „Bedarf" enthalten. Sie sollten nur den zweckmäßigen und wirtschaftlichen Einsatz der vom Großgeräteausschuß als bedarfsgerecht angesehenen Geräte regeln.

82. **Artikel 1 § 100 Abs. 2 nach Satz 3**

In § 100 Abs. 2 ist nach Satz 3 folgender Satz anzufügen:

„Sachverständigen der medizinischen und pharmazeutischen Wissenschaft und Praxis sowie der Arzneimittelhersteller und der Berufsvertretungen der Apotheker ist Gelegenheit zur Stellung-

nahme zu geben; die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen."

Begründung

Die Regelung des § 34 Abs. 4 Satz 3 soll entsprechend gelten.

83. **Artikel 1 § 100 Abs. 4**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, wie in § 100 Abs. 4 gesetzlich festgelegt werden kann, daß grundsätzlich der behinderte Versicherte zunächst selbst seine Krankenkasse unterrichtet und erst nachrangig der behandelnde Arzt. Hierbei wäre an eine Anlehnung an die Vorschrift des § 125 Bundessozialhilfegesetz zu denken.

84. **Artikel 1 § 102 Satz 3, § 222 Abs. 3**

Für die in § 102 Satz 3, § 222 Abs. 3 SGB V vorgesehenen Zuständigkeiten des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ist eine Kompetenzgrundlage nicht ersichtlich. Die Richtlinien der Bundesverbände und Bundesausschüsse, die Satzungsrecht bilden (§ 89 Abs. 3 Nr. 2; § 219 Abs. 2 SGB V), haben den Charakter von Rechtssätzen, die die Versicherten und die Berufsangehörigen intensiv berühren (vgl. insbes. § 29 Abs. 1 und 3; § 34 Abs. 4 Satz 1; § 35 Abs. 1, 2, 5; § 100 Abs. 4 und 5; § 144 Abs. 1; § 147; § 295 Abs. 1 SGB V). Aus der Satzungsbefugnis der Verbände und dem Aufsichtsrecht läßt sich jedoch keine Zuständigkeit des Bundesministers zur Rechtssetzung gegenüber den Landeskörperschaften und damit deren Mitgliedern — Versicherten und Berufsangehörigen — herleiten. Das würde den vom Grundgesetz vorgesehenen Grundlagen und Formen der Rechtssetzung nicht entsprechen.

Der Bundesrat bittet daher, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, ob in den fraglichen Fällen Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsverordnungen vorgesehen werden sollten (vgl. z. B. § 30 Abs. 4; § 123 Abs. 4; § 138 Abs. 6; § 301 Abs. 3; § 308 Abs. 3 SGB V).

85. **Artikel 1 § 103 Abs. 6 nach Satz 2**

In § 103 Abs. 6 ist nach Satz 2 folgender Satz anzufügen:

„Zulassung und Ermächtigung können bei weniger schwerwiegenden Pflichtverletzungen auch zeitlich befristet entzogen werden."

Begründung

Dem Zulassungsausschuß soll im Hinblick auf den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ermöglicht werden, bei weniger schwerwiegenden Pflichtverletzungen auch zeitlich befristete Maßnahmen zu treffen.

Die Entziehung der Zulassung kommt nach der BSG-Rechtsprechung einer Einschränkung der Berufswahlfreiheit derart nahe, daß sie an strengen Maßstäben zu messen ist. Insbesondere ist zu prüfen, ob nicht ein geringeres Mittel als die Entziehung als ausreichend anzusehen wäre, den Kassenarzt nachhaltig zur Erfüllung seiner kassenärztlichen Pflichten anzuhalten (BSG vom 15. April 1986 — RKa 6/85).

Den Zulassungsausschüssen sind solche geringeren Mittel bisher jedoch nicht gegeben.

Auch die Krankenkassen haben auf disziplinarische Maßnahmen keinen Einfluß; ihnen steht kein Antragsrecht auf Eröffnung eines Disziplinarverfahrens zu.

Allein die theoretische Möglichkeit einer angemessenen Disziplinarmaßnahme wird jedoch nicht als ausreichend angesehen, die Verhältnismäßigkeit der Entziehung durch den Zulassungsausschuß generell zu verneinen.

86. **Artikel 1 § 103 Abs. 8 nach Satz 1**

Nach § 103 Abs. 8 Satz 1 ist folgender Satz einzufügen:

„Satz 1 gilt für ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen entsprechend."

Begründung

Die vertragsärztliche Tätigkeit sollte nicht nur für die niedergelassenen Ärzte, sondern auch für die ärztlich geleiteten Einrichtungen der Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung folgen, soweit und solange kassenärztliche Tätigkeit ausgeübt wird.

87. **Artikel 1 § 113 Abs. 1 Satz 2**

In § 113 Abs. 1 Satz 2 ist das Wort „Benehmens" durch das Wort „Einvernehmens" zu ersetzen.

Begründung

Zum Betreiben von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigungen reicht das Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen nicht aus.

Die Zulassung von Ärzten als Kassenarzt sowie die Ermächtigung von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen erfolgt durch den gemeinsamen Zulassungsausschuß (vgl. §§ 103, 124 ff.).

Zudem ist beim Betreiben und zur Inanspruchnahme von Eigeneinrichtungen der Krankenkassen ebenfalls die vertragliche Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigungen erforderlich (vgl. § 84 Abs. 1).

88. **Artikel 1 § 114 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1**

In § 114 Abs. 1 Satz 1 ist nach dem Wort „Kassenärzte," das Wort „Vertragsärzte," einzufügen.

Als Folge sind in Absatz 4 Satz 1 nach dem Wort „Krankenkassen" die Worte „, die Verbände der Ersatzkassen" einzufügen.

Begründung

Das Gesetz muß eindeutig sagen, was für den Ersatzkassenbereich gilt. Um die Tätigkeit eines Arztes oder Zahnarztes im Rahmen der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung beurteilen zu können, ist die Einbeziehung der für die Versicherten der Ersatzkassen erbrachten Leistungen unerläßlich. Der Entwurf geht davon aus, daß die Ersatzkassen Absatz 2 Satz 2 und Absatz 3 im Rahmen ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfungen entsprechend berücksichtigen. Diese Annahme ist allerdings nicht befriedigend. Es bedarf einer unmißverständlichen gesetzlichen Regelung.

89. **Artikel 1 § 114 Abs. 2**

§ 114 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Die Vertragsparteien des Gesamtvertrages vereinbaren gemeinsam Regelungen zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit. Sie haben dabei auch die Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit für die Fälle zu regeln, in denen die Krankenkasse dem Versicherten nach den §§ 29 und 30 Kosten erstattet. Soweit die Vorschriften über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch nicht entgegenstehen und nachfolgend nichts anderes bestimmt wird, vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrages das Verfahren einschließlich des Verfahrens der Ausschüsse."

Begründung

§ 72 Abs. 2 SGB V geht davon aus, daß im Falle der Kostenerstattung Wirtschaftlichkeitsprüfungen nicht durchgeführt und dafür Abschläge vom Erstattungsbetrag vorgenommen werden. Dem widerspricht die Einbeziehung des § 72 in die Prüfungen nach Absatz 2.

Im übrigen wird durch die Neufassung des Absatzes 2 klargestellt, daß das zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen durchgeführte Verfahren Verwaltungsverfahren im Sinne der Vorschriften über das Verwaltungsverfahren des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch ist. Diese gesetzlichen Vorschriften müssen Vorrang vor öffentlich-rechtlichen Verträgen haben, wie sie die Gesamtverträge darstellen.

Die Ergänzung durch das Wort „gemeinsam" dient der Klarstellung, daß einheitliche Verfahrensregelungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung vereinbart werden sollen, wie dies von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den RVO-Kassen schon bisher praktiziert wurde.

90. **Artikel 1 § 114 Abs. 5**

In § 114 Abs. 5 ist folgender Satz anzufügen:

„Bei der Prüfung der Wirtschaftlichkeit ist bei Polikliniken die Kürzung nach § 129 Abs. 3 Satz 2 zu berücksichtigen."

Begründung

Wenn die Vergütung für die Polikliniken schon um einen Abschlag von 20 v. H. für Lehre und Forschung gekürzt wird, dürfen nicht etwaige im Interesse von Lehre und Forschung erfolgte Mehrleistungen bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen nochmals gestrichen werden.

91. **Artikel 1 § 115 Abs. 1 Nr. 2**

In § 115 Abs. 1 Nr. 2 sind die Worte „ihrem Versorgungsauftrag" durch die Worte „ihrer Aufgabenstellung" zu ersetzen.

Begründung

Der Begriff „Versorgungsauftrag" ist im Hinblick auf einzelne konkrete Leistungen der Diagnostik und Therapie nicht ausreichend bestimmbar. Eine zweifelsfreie Zuordnung einzelner Leistungen ist nicht möglich. Mit einer schon nach geltendem Recht klarstellenden Beschreibung einer notwendigen Leistungsbegrenzung wird eine nicht gewünschte und unwirtschaftliche Leistungserbringung wirksamer verhindert.

92. **Artikel 1 § 115**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die gegenwärtig unterschiedlichen Begriffsdefinitionen „Krankenhäuser" in § 115 SGB V und § 2 KHG zu vereinheitlichen.

Durch die inhaltliche Veränderung des Krankenhausbegriffs sind zur Finanzierung sowohl im investiven Bereich als auch bei den laufenden Kosten/Pflegesätzen Veränderungen zu erwarten, die bei Ausführung des KHG und der Bundespflegesatzverordnung Schwierigkeiten vermuten lassen.

93. **Artikel 1 § 116**

Der Text des § 116 wird Absatz 1; es ist folgender Absatz 2 anzufügen:

„(2) Die Aufnahme von Hochschulkliniken in das Hochschulverzeichnis nach § 4 des Hochschulbauförderungsgesetzes und der Bescheid

über die Aufnahme von Plankrankenhäusern in den Krankenhausplan nach § 8 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sind für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches unmittelbar verbindlich."

Begründung

Diese Ergänzung dient der Klarstellung, daß der Inhalt des Aufnahmebescheides nach § 8 Abs. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auch für die Krankenkassen bindend ist.

94. **Artikel 1 §§ 117, 118 Abs. 1, 2**

§ 117 ist wie folgt zu fassen:

„§ 117

Abschluß von Versorgungsverträgen mit Krankenhäusern

(1) Der Versorgungsvertrag nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 kommt durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Der Versorgungsvertrag ist für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches unmittelbar verbindlich. Ein Anspruch auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach § 116 Abs. 1 Nr. 3 besteht nicht.

(2) Ein Versorgungsvertrag darf nicht abgeschlossen werden, wenn

1. das Krankenhaus nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. die Ziele des Krankenhausplans gefährdet werden.

Abschluß und Ablehnung des Versorgungsvertrages werden mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Verträge, die vor dem 1. Januar 1989 nach § 371 Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, gelten bis zu ihrer Kündigung nach § 118 weiter.

(3) Mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist zur Krankenhausbehandlung (§ 38) der Versicherten verpflichtet."

Als Folgen sind

— § 118 Abs. 1 Satz 3 zu streichen,
— § 118 Abs. 2 Satz 4 zu streichen.

Begründung

Die vorgesehene fiktive Vertragskonstruktion für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser ist nicht geeignet, ein der kassenärztlichen Versorgung entlehntes Zulassungsverfahren einzuführen. Die mit diesen konfliktträchtigen Regelungen und den damit verbundenen rechtlich ungelösten Schwierigkeiten, insbesondere im Hinblick auf die Kündigungsregelungen, stehen einer wirksamen Krankenhausplanung entgegen. Die nach § 7 Krankenhausfinanzierungsgesetz unmittelbar am Planungsverfahren Beteiligten erhalten ein derart ungleiches Gewicht zugunsten der Landesverbände der Krankenkassen, daß einvernehmliche Regelungen nicht oder kaum mehr zu erwarten sind. Die Landesverbände der Krankenkassen haben aufgrund ihrer nach Landesrecht eingebundenen weitgehenden Mitwirkung an der Krankenhausplanung jederzeit die Möglichkeit, bei gewünschten Veränderungen des Krankenhausplans selbst mitzuwirken. Die nach Landesrecht jährliche Fortschreibung des Krankenhausplans ermöglicht auch in der Praxis eine zügige Umsetzung notwendiger Veränderungen. Ein Handlungsbedarf für konfliktträchtige und polarisierende Regelungen ist nicht gegeben.

Auch ist eine umfassende Anwendung des Begriffs „Versorgungsvertrag" auf alle Krankenhäuser deswegen bedenklich, weil ein derartiger Vertrag überhaupt nur in Ausnahmefällen abgeschlossen wird. Im Regelfall gilt die Aufnahme durch den Feststellungsbescheid als Abschluß des Versorgungsvertrages. Der Inhalt des „Vertrages" wird also in Wirklichkeit kraft Gesetz fingiert.

Ende 1986 wurde in der Bundesrepublik Deutschland in 528 616 Krankenhausbetten Krankenhauspflege nach § 184 RVO oder vergleichbaren Vorschriften abgerechnet. Auf die Vertragskrankenhäuser nach § 371 Abs. 1 Satz 2 RVO entfielen dabei ganze 9 494 Betten bzw. 1,8 Prozent aller Betten. Die Rechtskonstruktion für diese 1,8 Prozent aller Betten wird nun auf die restlichen 98,2 Prozent übertragen. Würden die Länder diese 9 494 Betten in die Krankenhauspläne aufnehmen, gäbe es überhaupt nur mehr fingierte Verträge.

Der Grundsatz der Selbstkostendeckung wird in § 150 Abs. 2 geregelt. Die Genehmigung von Abschluß und Ablehnung eines Versorgungsvertrages erfolgt durch die zuständige Landesbehörde (§ 118 Abs. 2 Satz 2).

95. **Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 1**

In § 118 Abs. 1 Satz 1 sind nach dem Wort „jedoch" die Worte „nur gemeinsam und" einzufügen.

Begründung

Klarstellung des Gewollten.

Der Versorgungsvertrag kann von den Landesverbänden der Krankenkassen nur gemeinsam abgeschlossen werden. Gleiches muß auch für die Kündigung des Vertrages gelten.

96. **Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 2**

§ 118 Abs. 1 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Eine Kündigung nach § 117 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist nur zulässig, wenn dieser Kündigungsgrund nicht nur vorübergehend vorliegt."

Begründung

Der Gesetzentwurf sieht in § 117 Abs. 3 Satz 1 die mangelnde „Wirtschaftlichkeit" und die mangelnde „Leistungsfähigkeit" als einheitlichen Kündigungstatbestand an. Es ist daher zwingend, auch bei der mangelnden Leistungsfähigkeit die Einschränkung „nicht nur vorübergehend" zu treffen.

Diese Einschränkung ist aus fachlicher Sicht dringend geboten, da Änderungen der Leistungsfähigkeit sehr schnell eintreten können, z. B. als Folge eines Wechsels in der ärztlichen Besetzung.

97. **Artikel 1 § 118 Abs. 2**

In § 118 Abs. 2 ist folgender Satz 5 anzufügen:

„Bei Hochschulkliniken kann die Genehmigung auch aus den in § 81 Abs. 4 Satz 5 genannten Gründen versagt werden."

Begründung

Der neue Satz 5 ist erforderlich, um das insbesondere für die Ausbildung notwendige Fächerspektrum an einer Hochschulklinik zu wahren.

98. **Zu Artikel 1 § 121 Abs. 1 nach Satz 2**

In § 121 Abs. 1 sind nach Satz 2 folgende Sätze einzufügen:

„Bei kommunalen Krankenhäusern bestimmt sich der Prüfer nach Landesrecht. Die Kosten der Sonderprüfung tragen die Krankenkassen."

Begründung

Die in § 121 vorgesehene Wirtschaftlichkeitsprüfung greift, soweit kommunale Krankenhäuser betroffen sind, tief in die allein dem Landesgesetzgeber zustehende Kompetenz ein. Dem Bund steht in diesem Bereich keine Gesetzgebungskompetenz zu. Das bayerische kommunale Prüfungsrecht zum Beispiel sieht eine sehr eingehende Prüfung der Kommunen, einschließlich der kommunalen Krankenhäuser vor. Überörtliches Prüfungsorgan in Kommunen mit kommunalen Krankenhäusern ist grundsätzlich der Bayerische kommunale Prüfungsverband. Dieser prüft auch auf Antrag der für die Festsetzung der Pflegesätze zuständigen Behörden die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Selbstkostenrechnung und die sonstigen Voraussetzungen für die Festsetzung der Pflegesätze.

Denkbar wäre nach allem allenfalls, wie oben formuliert, daß die Krankenkassen durch die nach Landesrecht zuständigen Prüfungsorgane eine Sonderprüfung beantragen können, die sie dann allerdings auch bezahlen müßten.

99. **Artikel 1 § 121 nach Absatz 4**

Nach § 121 Abs. 4 ist folgender Absatz 5 anzufügen:

„(5) Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen."

Begründung

Es soll gewährleistet werden, daß auch Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Behandlung geprüft werden können.

100. **Artikel 1 § 122 Abs. 4**

§ 122 Abs. 4 ist wie folgt zu fassen:

„Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt die zuständige Landesbehörde."

Begründung

Nach der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Ländern (Artikel 30, 83 ff. Grundgesetz) hat das Land und nicht der Bund zu bestimmen, welche Landesbehörde Bundesgesetze zu vollziehen hat.

Die Festlegung des § 122 Abs. 4, wonach die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes die Aufsicht führen soll, ist im übrigen auch sachlich nicht gerechtfertigt, da der Inhalt der von der Landesschiedsstelle zu treffenden Entscheidungen in wesentlichen Teilen in den Bereich der Krankenhausplanung fällt.

101. **Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 vor Nummer 1**

In § 123 Abs. 2 Satz 1 ist vor Nummer 1 folgende Nummer 01 einzufügen:

„01. die Einweisung in geeignete Krankenhäuser,"

Begründung

Mit der vorgesehenen Ergänzung wird inhaltich an den bisherigen § 372 Abs. 5 RVO angeknüpft. Insbesondere im Hinblick auf § 100 Abs. 1 Nummer 6 des Gesetzentwurfs, wonach die Bundesausschüsse Richtlinien beschließen u. a. über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (vgl. § 368p RVO), bedarf es einer weiteren Regelung, wonach auch die Krankenhausgesellschaf-

ten im Vertragsweg auf Landesebene beteiligt werden.

102. **Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1**

§ 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist zu streichen.

Begründung

Nach § 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 sollen die dreiseitigen Verträge zwischen den Krankenkassen, den Krankenhäusern und den Kassenärzten insbesondere auch die Förderung des Belegarztwesens regeln. Mit diesem Regelungsinhalt würden die Verträge Aussagen zu Tatbeständen treffen, die Gegenstand der Krankenhausplanung der Länder sind. Die Vorschrift ist aus diesem Grunde zu streichen.

103. **Artikel 1 § 123 Abs. 4**

§ 123 Abs. 4 ist zu streichen.

Begründung

Sollte ein Vertrag nicht zustande kommen, so wird gemäß Absatz 3 des § 123 sein Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch die um Vertreter der Kassenärzte erweiterte Landesschiedsstelle nach § 122 festgesetzt. Die Landesschiedsstelle ist verpflichtet, beim Nichtzustandekommen eines Vertrages zu entscheiden, so daß nicht ersichtlich ist, wieso es bei dieser Rechtslage noch einer Ermächtigung zum entsprechenden Erlaß einer Rechtsverordnung durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bedarf. Absatz 4 ist daher zu streichen.

104. **Artikel 1 § 124**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Erste-Hilfe-Versorgung (Notfall-Ambulanzen) auch weiterhin dadurch möglich sein kann, daß Krankenhäuser in den Versorgungsauftrag einbezogen werden.

105. **Artikel 1 §§ 125, 129 Abs. 1 Satz 1**

a) § 125 erhält folgende Fassung:

„§ 125

Polikliniken

Die poliklinischen Einrichtungen der Hochschulen (Polikliniken) sind zur kassenärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt. Die kassenärztlichen Vereinigungen schließen hierzu im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Verträge mit den Trägern der Hochschulkliniken, um sicherzustellen, daß die Polikliniken die Untersuchung und Behandlung von Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Kommt ein Vertrag nicht zustande, entscheidet auf Antrag einer Vertragspartei die zuständige Landesbehörde im Einvernehmen mit der für die Hochschule zuständigen Landesbehörde. Unberührt bleibt die Möglichkeit der Ermächtigung von Institutsambulanzen als ärztlich geleitete Einrichtungen nach § 103 Abs. 1 Satz 1."

b) In § 129 Abs. 1 Satz 1 ist nach dem Wort „Krankenhausärzte," das Wort „Institutsambulanzen," einzufügen.

Begründung

zu a)

Es sollte wie bisher den Verhandlungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Hochschulkliniken überlassen bleiben, den Umfang der für Forschung und Lehre erforderlichen ambulanten Krankenbehandlung zu regeln.

Durch die Verwendung der Worte „kassenärztliche Versorgung" statt „ambulanten ärztlichen Behandlung" ist sichergestellt, daß in den Polikliniken alle in § 81 Abs. 2 genannten Maßnahmen einschließlich der Krankenhausbehandlung angeordnet oder durchgeführt werden können. Satz 3 trifft die erforderliche Konfliktregelung in Anlehnung an den bisherigen § 368n Abs. 3 letzter Satz RVO.

Satz 4 stellt klar, daß — wie bisher — gesonderte Ermächtigungen für Institutsambulanzen der Hochschulen erteilt werden können, die ausschließlich der Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung dienen.

zu b)

Folge der Neufassung von § 125.

106. **Artikel 1 nach §§ 126, 93 nach Absatz 2, § 103 Abs. 1 Satz 1**

Nach § 126 ist folgender § 126a einzufügen:

„§ 126a

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, Pflegeheime und Behindertenheime, die unter ärztlicher Leitung oder unter ärztlicher Mitleitung (Leitungsgremium) stehen, auf deren Verlangen zur ambulanten ärztlichen Behandlung der in den Heimen wohnenden Versicherten zu ermächtigen."

Als Folgen sind

— in § 93 nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) Die Vergütung der ärztlichen Leistungen von Pflegeheimen und Behindertenheimen ist zu pauschalieren.",

— in § 103 Abs. 1 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„An der kassenärztlichen Versorgung nehmen zugelassene und ermächtigte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie ermächtigte Pflegeheime und Behindertenheime teil."

Begründung

Die Streichung der alten Ruhensvorschrift des § 216 Abs. 1 Nr. 4 RVO bewirkt, daß der Heimbewohner den Anspruch auf Leistungen der Krankenpflege gegen seine Krankenkasse überhaupt geltend machen kann. Damit kann er aber noch nicht die Krankenpflegeleistung durch den Heimarzt in Anspruch nehmen, sondern nur durch Kassenärzte. Nach geltendem Recht kann zwar der Heimarzt die Ermächtigung zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung erhalten, dies aber nur, wenn der Bedarf durch vorhandene Kassenärzte nicht abgedeckt wird (§ 31 Zulassungsverordnung für Ärzte). Diese Voraussetzung zur Zulassung wird insbesondere in Ballungsgebieten praktisch nie erfüllt sein. Es ist aber im Interesse des Heimbewohners zweckmäßig und geboten, zumindest die hausärztliche Versorgung über den angestellten Heimarzt vollen Umfangs zu ermöglichen. Die Institutsermächtigung stellt die Kontinuität der ärztlichen Versorgung sicher.

Durch die verbesserten Angebote in der ambulanten Pflege haben die Pflegeheime sich in den letzten Jahren immer mehr zu Spezialeinrichtungen zur Versorgung schwerer und schwerster Pflegefälle entwickelt. Dies macht in diesen Fällen eine kompetente und kontinuierliche ärztliche Betreuung der Heimbewohner erforderlich. Überdies muß der Arzt das Pflegepersonal im Hinblick auf die medizinische Versorgung anleiten und überwachen. Auch dies setzt Kontinuität in der Person des Arztes voraus.

Gerade in Heimen für Schwerstpflegebedürftige, die häufig in der Regie der Länder bzw. Kommunen geführt werden, reicht die Versorgung durch niedergelassene Kassenärzte nicht aus, sondern kann in der erforderlichen Effizienz nur durch hauptamtliche Heimärzte gewährleistet werden, die den Versicherten über lange Zeit hindurch kennen und ihm Tag und Nacht persönlich zur Verfügung stehen.

Das Recht auf freie Arztwahl ist durch Artikel 1 § 84 Abs. 1 Satz 1 sichergestellt.

107. **Artikel 1 § 127 Abs. 1**

§ 127 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Psychiatrische Krankenhäuser und Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen, zu deren Aufgaben die psychiatrische und psychotherapeutische Vollversorgung einer bestimmten Region einschließlich Aufnahmeverpflichtung gehört, werden von dem Zulassungsausschuß ermächtigt, Leistungen der ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung für die Versicherten zu erbringen; Allgemeinkrankenhäuser mit selbständigen, gebietsärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen ohne Vollversorgungsauftrag können dazu ermächtigt werden."

Begründung

§ 127 Abs. 1 sieht in der hier vorgeschlagenen Fassung die Erteilung der Ermächtigung für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zwingend vor, wenn zu ihrem Versorgungsauftrag die psychiatrische bzw. psychotherapeutische Vollversorgung und die Aufnahmeverpflichtung gehören. Unter den hier beschriebenen Voraussetzungen ist damit die Notwendigkeit zur Erteilung einer Ermächtigung auch für Institutsambulanzen für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie gegeben.

Solche Abteilungen stellen für eine bestimmte, räumlich abgrenzbare Region sicher, daß alle, insbesondere auch gegen ihren Willen untergebrachte Patienten dieses Einzugsbereichs aufgenommen werden, und daß im Rahmen dieser Einrichtung die Möglichkeit zur Versorgung aller psychiatrischen Krankheitsbilder der jeweiligen Altersgruppe besteht.

Derartige Abteilungen nehmen damit einen Versorgungsauftrag wahr, der dem von Fachkrankenhäusern entspricht, für die die Erteilung der Ermächtigung bereits jetzt zwingend vorgeschrieben ist.

Die Patientenstruktur in Abteilungen mit Vollversorgungsauftrag entspricht zunehmend der der allgemeinpsychiatrischen Versorgungsbereiche in psychiatrischen Fachkrankenhäusern. Dies erfordert daher auch eine gleichartige Angebotsstruktur; dazu gehört die Möglichkeit, Patienten durch die Institutsambulanz versorgen zu können.

Für psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die sich zur Vollversorgung für eine bestimmte Region nicht verpflichtet haben, ist die Notwendigkeit zur Erteilung einer Ermächtigung dagegen nicht erkennbar. Sie widerspräche im übrigen dem Prinzip der gemeindenahen Versorgung, die begriffsnotwendig die Möglichkeit zur Versorgung aller Patienten miteinschließt, soweit sie nicht einer überregional zu versorgenden Patientengruppe (z. B. Maßregelvollzug) angehören.

108. **Artikel 1 § 127 nach Absatz 2**

Nach § 127 Abs. 2 ist folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Sind in einem Psychiatrischen Krankenhaus auch Versicherte untergebracht, die als Pflegefälle gelten, so ist das Krankenhaus von dem Zulassungsausschuß (§ 104) zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen

Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist auch auf die sonstige ambulante ärztliche Behandlung durch Ärzte des Psychiatrischen Krankenhauses zu erstrecken."

Begründung

In Psychiatrischen Krankenhäusern sind meist auch Versicherte untergebracht, die dort nicht Krankenhauspflege erhalten, sondern als Pflegefälle gelten. Die vorgesehene Regelung soll ermöglichen, daß diese Versicherten ohne die einengenden Bestimmungen des Absatzes 1 Satz 3 und des Absatzes 2 vom Krankenhaus ambulant ärztlich versorgt werden können. Dies soll auch für die über die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung hinausgehende ärztliche Versorgung gelten, zum Beispiel auf dem Gebiet der Inneren Medizin.

109. **Artikel 1 § 128**

Die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) erfüllen außerordentlich wichtige Aufgaben im System der Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Ebenso wie die komplexe Aufgabe „Frühförderung" die Zusammenarbeit eines interdisziplinären Teams erfordert, ist die Organisation der Frühförderung von der Vielfalt eines Systems verschiedener Einrichtungen der Frühförderung gekennzeichnet. Neben den insbesondere im medizinischen Bereich hochqualifizierten SPZ, die in erster Linie an Kinderkrankenhäusern oder Krankenhäusern mit ausgebauten Kinderabteilungen bestehen, stehen in einigen Flächenländern regionale Frühfördereinrichtungen, die familiennahe Förderung in ambulanter und mobiler Arbeitsweise gewährleisten, zur Verfügung. Einen hohen Stellenwert hat in diesem Zusammenhang die von diesen Frühfördereinrichtungen ausgehende Hausfrühförderung. Erst durch das gleichberechtigte Zusammenwirken und die wechselseitige Ergänzung aller Einrichtungen entsteht ein Versorgungsnetz, das der Notwendigkeit einer individuellen Förderung jedes einzelnen Kindes entsprechen kann.

Die verkürzte, auf SPZ beschränkte Darstellung des Systems der Frühförderung ist nicht nur sachlich unrichtig, sondern könnte einen Trend herbeiführen, der das System der Frühförderung empfindlich stören und ortsnahe Frühförderangebote verhindern könnte. Es kann weder im Interesse der betroffenen Kinder und Eltern noch auch im Interesse des Kostenträgers Krankenversicherung sein, wenn durch den ausschließlichen Hinweis auf SPZ ein Anreiz zur Gründung und vermehrten Zulassung von SPZ entsteht. Die dann unvermeidliche Sogwirkung würde nicht nur familiennahe Frühförderung gefährden, sondern auch Kostensteigerungen bewirken.

Die Bundesregierung wird deshalb gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie der vorhandenen organisatorischen Vielfalt der Frühfördereinrichtungen dadurch besser Rechnung getragen werden kann, daß neben den SPZ auch solche Einrichtungen zugelassen oder ermächtigt werden, die zwar nicht unter ärztlicher Leitung stehen, wohl aber unter ständiger ärztlicher Mitwirkung sozialpädiatrische Früherkennungsuntersuchungen gewährleisten und Frühfördermaßnahmen anbieten.

110. **Artikel 1 nach § 128**

Nach § 128 ist folgender § 128a einzufügen:

„§ 128a

Anwendbarkeit auf die vertragsärztliche Versorgung

(1) Die Ermächtigung der Zulassungsausschüsse (§ 104) zur ambulanten Behandlung durch Krankenhausärzte (§ 124) und Einrichtungen (§§ 125 bis 128) bewirken die entsprechende Teilnahme im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

(2) Für die Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gilt § 129 entsprechend."

Begründung

Die Vorschriften über die ambulante Behandlung durch Krankenhausärzte und Krankenhauseinrichtungen sollten insbesondere wegen der Auswirkungen auf die Pflegesätze auf alle Kassenarten Anwendung finden.

111. **Artikel 1 nach § 128**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie gewährleistet werden kann, daß die Ersatzkassen an den Entscheidungen der Zulassungsausschüsse nach § 104 angemessen beteiligt werden, wenn sich deren Entscheidungen nach den §§ 125 bis 128 auf alle Versicherten, also auch auf die Versicherten der Ersatzkassen, erstrecken sollen.

112. **Artikel 1 § 129 Abs. 1 und 3**

In § 129 ist

a) in Absatz 1 Satz 1 das Wort „Grundsätzen" durch das Wort „Bestimmungen" zu ersetzen,

b) in Absatz 1 nach Satz 3 folgender Satz 4 anzufügen:

„Beamtenrechtliche Vorschriften über die Entrichtung eines Entgelts bei der Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn oder vertragliche Regelungen über ein weitergehendes Nutzungsentgelt, das neben der Kostener-

stattung auch den Vorteilsausgleich umfaßt, und sonstige Abgaben der Ärzte werden nicht berührt.",

c) Absatz 3 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Die Vergütung der Leistungen der Polikliniken, der Einrichtungen nach § 126, der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren kann unter Berücksichtigung der besonderen Leistungs- und Kostenstruktur auch als pauschaler Betrag für den einzelnen Behandlungsfall zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den ärztlich geleiteten Einrichtungen vereinbart werden."

Begründung

zu a)

Künftig werden neben den ärztlichen Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, der Institutsambulanzen sowie den poliklinischen Leistungen auch die Leistungen der Einrichtungen nach § 126 aus der Gesamtvergütung vergütet. Die Vergütung der ambulanten Leistungen erfolgt „nach den für Kassenärzte geltenden Bestimmungen". Dies bedeutet, daß die gleichen Vergütungsregelungen (Gebührentarif BMÄ, Honorarverteilungsmaßstäbe für Kassenärzte u. a.) „wie bei einem Kassenarzt" anzuwenden sind. Damit erhalten die Krankenhausärzte und die ärztlich geleiteten Einrichtungen eine leistungsgerechte Vergütung für die häufig aufwendigeren Untersuchungen und Behandlungen in den Ambulanzen. Den Besonderheiten der ambulanten Behandlung in den Polikliniken wird durch einen Abschlag von der Vergütung in Höhe von 20 vom Hundert Rechnung getragen (Absatz 3).

zu b)

Die Beschränkung des Krankenhausabzuges bei den Entgelten für Leistungen ermächtigter Ärzte auf eine bloße Kostenerstattung widerspricht § 42 Abs. 4 BRRG, wonach die Kostenerstattung bei Inanspruchnahme von Einrichtungen, Personal und Material des Dienstherrn nur die unterste Grenze des Nutzungsentgeltes darstellt. Darüber hinaus ist im Regelfall ein Vorteilsausgleich zu fordern. Der Vorteilsausgleich kann nicht Gegenstand einer Regelung im GRG sein, es muß jedoch klargestellt werden, daß im Verhältnis zwischen Krankenhausträger und Arzt die beamtenrechtlichen Vorschriften über die Zahlung eines Nutzungsentgeltes unberührt bleiben.

Der Hinweis auf die Regelung des Nutzungsentgelts entspricht § 11 Abs. 6 Bundespflegesatzverordnung.

zu c)

Die in Absatz 3 Satz 1 vorgesehene Möglichkeit der Pauschalierung der Vergütung räumt den Beteiligten einen vertraglichen Gestaltungsspielraum ein, wo die in Absatz 1 vorgesehene Vergütungsregelung „wie bei Kassenärzten" auf abrechnungstechnische Schwierigkeiten stößt oder aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung nicht zweckmäßig erscheint. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, gilt die Vergütungsregelung nach Absatz 1.

Bei der Bemessung der Pauschale ist die besondere Leistungs- und Kostenstruktur insbesondere der Polikliniken zu berücksichtigen. Die Pauschalierung darf also nicht dazu führen, daß lediglich die Durchschnittsfallwerte niedergelassener Ärzte angeboten werden.

Für die Institutsambulanzen außerhalb der psychiatrischen Kliniken besteht kein Bedarf für eine Pauschalierung.

113. **Artikel 1 § 129 Abs. 3 Satz 2**

§ 129 Abs. 3 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Bei den Polikliniken ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Abschlag von 20 vom Hundert für Forschung und Lehre zu kürzen."

Begründung

Investitionen, die nicht der stationären Versorgung dienen, werden nicht nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz gefördert. Soweit Anlagegüter teilweise ambulant genutzt werden, werden sie für diesen Anteil nicht gefördert (siehe Konten-Untergr. Nr. 435, Anlage 4 KHBV). Ambulant genutzte medizinisch-technische Geräte müssen also über entsprechende Entgelte refinanziert werden, so daß insoweit keine Doppelfinanzierung vorliegt und ein Abzug in Höhe von 10% in diesen Fällen sachlich nicht gerechtfertigt ist.

114. **Artikel 1 § 129 Abs. 4**

In § 129 Abs. 4 sind die Worte „§ 18a des Krankenhausfinanzierungsgesetzes" zu ersetzen durch die Angabe „§ 122".

Begründung

Die für Pflegesatzentscheidungen nach dem Pflegesatzrecht zuständige Schiedsstelle (§ 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz) kann nicht für sachfremde Entscheidungen herangezogen werden. Hierfür bietet sich die Schiedsstelle nach § 122 an.

115. **Artikel 1 § 130 Abs. 1 und 2**

§ 130 Abs. 1 und 2 sind zu streichen.

Begründung

Insbesondere aus Kostengründen ist es nicht vertretbar, das Belegarztwesen und die Praxiskliniken besonders zu fördern. Belegabteilungen sind für die Kostenträger unattraktiv, da der Abschlag auf den durchschnittlichen Pflegesatz des Krankenhauses von 5% nicht ausreicht, um die anfallenden Arztkosten, die über die kassenärztlichen Vereinigungen vergütet werden, auszugleichen. Pflegesatz plus Arztkosten in Belegabteilungen liegen also höher als der Pflegesatz einer Hauptfachabteilung des gleichen Krankenhauses.

Im übrigen ist eine Definition des „Belegarztes" nicht erforderlich.

116. **Artikel 1 § 131 Abs. 2**

§ 131 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Abgrenzung, Bedarf und Standorte der medizinisch-technischen Großgeräte werden zwischen den Beteiligten im Großgeräteausschuß abgestimmt. Bei Hochschulkliniken ist den Aufgaben der Forschung und Lehre Rechnung zu tragen. Das Ergebnis der Abstimmung ist von dem Landesausschuß (§ 98) bei der Durchführung der Großgeräte-Richtlinien sowie von der zuständigen Landesbehörde bei der Entscheidung nach § 10 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes zu beachten."

Begründung

Die Neufassung des Absatzes 2 legt im Einklang mit der Gesetzesbegründung eindeutiger als bisher fest, daß der Großgeräteausschuß das zuständige Abstimmungsgremium ist. Die bisherige Regelung, daß § 10 KHG über die Einzelabstimmung von Großgeräten zu berücksichtigen sei, ist ohnehin sachlich bedeutungslos; die Richtlinien des Bundesausschusses nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nummer 10 sollten dagegen nicht als Vorgabe für den Großgeräteausschuß den „Bedarf" bestimmen.

Die Neufassung verdeutlicht ferner die Aussage in der Gesetzesbegründung, daß die Entscheidungen des Großgeräteausschusses durch den Landesausschuß (§ 98) und die zuständige Landesbehörde (§ 10 KHG) umgesetzt werden.

117. **Artikel 1 § 131**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte sichergestellt werden, daß die Interessen der Hochschulkliniken im Rahmen des § 131 Abs. 3 und 4 durch eine entsprechende Beteiligung der für die Hochschulen zuständigen obersten Landesbehörde berücksichtigt werden.

118. **Artikel 1 § 131 Abs. 5**
Artikel 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG)

§ 131 Abs. 5 ist zu streichen.

Als Folge sind in Artikel 29 Nr. 3 in § 51 Abs. 2 Satz 1 die Worte „sowie des Großgeräteausschusses" zu streichen.

Begründung

§ 131 Abs. 5 steht im Widerspruch zu § 131 Absatz 2 und zur Gesetzesbegründung, wonach die Entscheidungen des Großgeräteausschusses durch Einzelakte des Landesausschusses und der Landesbehörde nach § 10 KHG umgesetzt werden. Diesen Einzelentscheidungen kommt — ähnlich wie dem Feststellungsbescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG — Außenwirkung zu. Diese Einzelentscheidung ist der anfechtbare Verwaltungsakt und nicht etwa die Entscheidung des Großgeräteausschusses, der — wie dem Krankenhausplan — nur Innenwirkung zukommt.

Als Folge ist § 51 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz anzupassen.

119. **Artikel 1 § 131 nach Absatz 5**

Nach § 131 Abs. 5 ist folgender Absatz 6 anzufügen:

„(6) Die Absätze 1 bis 5 gelten für Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 115 Abs. 2 entsprechend."

Begründung

Der wirtschaftliche Einsatz von Großgeräten kann nur sichergestellt werden, wenn auch die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Großgeräteplanung mit einbezogen werden.

120. **Artikel 1 § 133 Abs. 3 letzter Halbsatz**

In § 133 Abs. 3 ist der letzte Halbsatz zu streichen.

Begründung

Die Bestimmung widerspricht der in § 11 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes verankerten Länderzuständigkeit für die Krankenhausförderung. Die Bestimmung verlangt z. B. für den Bereich der physikalischen Therapie, daß ein Krankenhaus über die „... Ausstattung verfügt, die eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung gewährleistet". Wann diese Voraussetzung erfüllt ist, soll von der Selbstverwaltung — ohne Beteiligung des Staates — festgelegt werden (§ 133 Abs. 3, § 134). Dies bedeutet einen Eingriff in die Förderverantwortung der Länder, denen die fachliche Prüfung praktisch verwehrt wird, welche Ausstattungsstandards mit den Grundsätzen von Spar-

samkeit und Wirtschaftlichkeit vereinbar und deswegen förderfähig sind.

121. **Artikel 1 § 138 nach Absatz 5, § 140 nach Absatz 3**

a) Nach § 138 Abs. 5 ist folgender Absatz 5a einzufügen:

„(5a) Die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete Spitzenorganisation der Apotheker ist verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen."

b) Nach § 140 Abs. 3 ist folgender Absatz 4 anzufügen:

„(4) Die Arzneimittelhersteller sind verpflichtet, die zur Herstellung einer pharmakologisch-therapeutischen und preislichen Transparenz im Rahmen der Richtlinien nach § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und die zur Festsetzung von Festbeträgen nach § 35 Abs. 1 und 2 erforderlichen Daten dem Bundesausschuß sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen zu übermitteln und auf Verlangen notwendige Auskünfte zu erteilen."

Begründung zu a) und b)

Die Verpflichtung soll absichern, daß die notwendigen Daten und Auskünfte zur Erstellung der Preisvergleichsliste bzw. zur Bestimmung der Festbeträge auch dann übermittelt werden, wenn die Verträge nach § 138 bzw. § 140 noch nicht abgeschlossen sind.

Die Formulierung lehnt sich an die Mitwirkungspflicht der pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen des Verfahrens der Transparenzkommission an, wie sie in § 39e des Arzneimittelgesetzes festgelegt ist.

122. **Artikel 1 § 139 Abs. 2 nach Satz 1**

In § 139 Abs. 2 nach Satz 1 ist folgender Satz anzufügen:

„Liegt der maßgebliche Arzneimittelabgabepreis nach Absatz 1 unter dem Festbetrag, bemißt sich der Abschlag nach dem niedrigeren Abgabepreis."

Begründung

Der Apotheker darf nur auf den Preis rabattpflichtig werden, den er der Krankenkasse in Rechnung stellen kann.

123. **Artikel 1 nach § 141**

Nach § 141 ist folgender § 141a einzufügen:

„§ 141a
Zahntechnische Leistungen

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen vereinbaren mit den Innungsverbänden der Zahntechniker die Voraussetzungen für die Lieferberechtigung der Zahntechniker im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung. Kommt eine Vereinbarung nicht zustande, setzt das Schiedsamt nach § 97 Abs. 7 den Vertragsinhalt fest; das Schiedsamt wird in diesen Fällen um sieben von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bestellte Vertreter erweitert."

Begründung

Die zu vereinbarenden Voraussetzungen sollen im Interesse der Versicherten und der Krankenkasse u. a. gewährleisten, daß Personen die Leistungen erbringen, die ihre berufsrechtliche und berufspraktische Befähigung nachgewiesen haben.

124. **Artikel 1 § 144 Abs. 4 nach Satz 1**

In § 144 Abs. 4 ist nach Satz 1 folgender Satz anzufügen:

„Dem Bundesinnungsverband der Zahntechniker ist vorher Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben."

Begründung

Auf den Sachverstand der Zahntechniker sollte bei der Festlegung von Qualitätskriterien für Zahnersatz nicht verzichtet werden.

125. **Artikel 1 § 144 Abs. 5**

a) In § 144 Abs. 5 Satz 1 sind nach den Worten „Kassenzahnärztlichen Vereinigung" die Worte „die Einrichtung anzuzeigen und" einzufügen.

b) Nach § 144 Abs. 5 Satz 1 sind folgende Sätze einzufügen:

„Die Labors müssen sich in den Praxisräumen befinden und dürfen nur für den praxiseigenen Bedarf tätig sein. Die Laborleistungen sind nur vom Zahnarzt selbst zu erbringen oder unter seiner Aufsicht und nach seiner fachlichen Weisung von Mitarbeitern, die eine abgeschlossene Ausbildung im Zahntechniker-Handwerk nachweisen können."

Begründung

Zur Qualitätssicherung bei zahntechnischen Leistungen, die in praxiseigenen Labors erbracht werden, sollen ausdrücklich Mindestanforderungen der persönlichen Leistungserbringung bzw. der zahnärztlichen Aufsicht und Weisung bei angestellten Personen genannt und die unmittelbare Nähe zur Praxis gewährleistet werden. Zum Wesen des praxiseigenen Labors gehört die räumliche Anbindung an die Praxis.

126. **Artikel 1 § 150 nach Absatz 2**

In § 150 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) Durch die Empfehlung nach Absatz 2 über die Veränderung der Gesamtausgaben der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung für Krankenhauspflege werden die Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsgesetzes über die Bemessung der Pflegesätze entsprechend dem Grundsatz der Selbstkostendeckung unter Beachtung der jeweiligen Kosten- und Leistungsstruktur des Krankenhauses nicht berührt. Empfehlungen über eine Veränderung einzelner Krankenhauspflegesätze sind nicht zulässig."

Begründung

Es muß unzweifelhaft feststehen, daß die Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nach wie vor ihre volle Gültigkeit haben. Die Streichung dieser bisher in § 405a Abs. 2 RVO enthaltenen Passage würde den Eindruck erwecken, als seien hiermit andere Intentionen verbunden.

127. **Artikel 1 § 152 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1**

a) § 152 Abs. 1 ist wie folgt zu fassen:

„(1) Ortskrankenkassen bestehen für den Bezirk kreisfreier Städte und Landkreise oder für größere Bezirke."

b) § 152 Abs. 2 Satz 1 ist wie folgt zu fassen:

„Die Landesregierung paßt durch Rechtsverordnung die Bezirke der Ortskrankenkassen den Grenzen der Gebietskörperschaften an."

Begründung

zu a)

Da weitgehend Übereinstimmung zwischen den Bezirken der Gebietskörperschaften und den Bezirken der Ortskrankenkassen besteht, sollte diese Regelung nunmehr auch gesetzlich vorgegeben werden. Kleinere Kassenbezirke widersprechen dem Grundsatz der Einräumigkeit der Verwaltung und sind einem vernünftigen Solidarausgleich hinderlich. Größere Kassenbezirke bleiben möglich.

Für den Vollzug des Gesetzes sieht eine Übergangsvorschrift die freiwillige Vereinigung beteiligter Ortskrankenkassen innerhalb eines Jahres vor (Artikel 65a).

zu b)

Wird die Übereinstimmung der Kassenbezirke mit den Bezirken kreisfreier Städte oder Landkreise vorgegeben, so muß auch die Anpassung der Bezirke der Ortskrankenkassen an die Grenzen der Gebietskörperschaften zwingend vorgeschrieben werden.

128. **Artikel 1 § 153 Abs. 1 Satz 1**

In § 153 Abs. 1 ist Satz 1 wie folgt zu fassen:

„In einem Land können sich Ortskrankenkassen in benachbarten Bezirken kreisfreier Städte oder Landkreise auf Beschluß ihrer Vertreterversammlung vereinigen."

Begründung

Es ist sozialpolitisch unerwünscht, daß länderübergreifende und damit bundesunmittelbare Ortskrankenkassen bestehen. Sowohl der Grundsatz des föderativen Bundesstaates wie auch eine notwendige regional organisierte Gliederung der Versicherungsträger erfordern die vorgesehene Eingrenzung. Die Gesundheitspolitik der Länder bedarf ordnungspolitisch der landesunmittelbaren Gesprächspartner. Außerdem soll verhindert werden, daß sich innerhalb eines Landes andere als benachbarte Ortskrankenkassen vereinigen.

129. **Artikel 1 § 154 Abs. 1 Nr. 1, 2**

In § 154 Abs. 1 Nr. 1 und 2 ist die Zahl „12,5" jeweils zu ersetzen durch die Zahl „10".

Begründung

Durch die Absenkung der Bedarfsschwelle und der Schwelle des Beitragssatzes auf jeweils 10 v. H. soll die Möglichkeit geschaffen werden, rechtzeitig eine Vereinigung der betroffenen Ortskrankenkassen vor einer drohenden Liquiditätskrise herbeizuführen.

130. **Artikel 1 § 166 nach Abs. 2, § 168 Abs. 1 Satz 3, § 169 Abs. 1 Satz 3, § 184 Abs. 1 Satz 1, § 184 Abs. 2 Satz 2**

Nach Artikel 57

In § 166 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Der Bezirk einer Innungskrankenkasse darf nicht über das Gebiet eines Landes hinausreichen."

Als Folgen sind

— § 168 Abs. 1 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„§ 166 Abs. 3 und § 167 gelten entsprechend.",

— in § 169 Abs. 1 Satz 3 der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen:

„§ 166 Abs. 3 gilt.",

— in § 184 Abs. 1 Satz 1 der Punkt durch ein Komma zu ersetzen und folgender Halbsatz anzufügen:

„sofern ihr Beschäftigungsort im Kassenbezirk liegt.",

— in § 184 Abs. 2 Satz 2 das Wort „Innungsbezirk" durch das Wort „Kassenbezirk" zu ersetzen,

— nach Artikel 57 folgender Artikel 57 a einzufügen:

„Artikel 57 a

Zuständigkeit der Innungskrankenkassen

§ 184 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt auch für die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes bestehenden Innungskrankenkassen. Wegen der dadurch ausscheidenden Mitglieder findet zwischen den beteiligten Kassen keine Auseinandersetzung statt."

Begründung

Die historisch gewachsene Struktur der gesetzlichen Krankenversicherung — wie sie die Reichsversicherungsordnung vorsah — wird durch Entwicklungen, die überwiegend in Strukturveränderungen im Handwerk liegen, zunehmend einseitig zugunsten der Innungskrankenkassen und zu Lasten der Allgemeinen Ortskrankenkassen verändert. Die für die Allgemeinen Ortskrankenkassen ungünstige Entwicklung wird u. a. mangels einer Regelung in der Reichsversicherungsordnung hinsichtlich der Abgrenzung der Kassenbezirke von Innungskrankenkassen begünstigt.

Der neu einzufügende Absatz 3 des § 166 bezweckt die Begrenzung des Zuständigkeitsbereiches von Innungskrankenkassen auf das Gebiet eines Bundeslandes.

Sozialpolitisch bedenklich sind die Fälle, in denen der Innungsbezirk einer Trägerinnung über den nach der Kassensatzung definierten Kassenbezirk (Landkreis, Regierungsbezirk, Bundesland) hinausreicht; wobei innerhalb eines Innungsbezirks, aber außerhalb des in der Satzung definierten „Kassenbezirks", ein der Innung angehörender Betrieb seine Betriebsstätte unterhält, in der er versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigt. Der Regelungsbedarf ergibt sich aus der tatsächlichen Entwicklung im Handwerk. Es gibt Anzeichen dafür, daß einige Innungen systematisch großräumige Zuständigkeiten anstreben; bereits jetzt existieren zahlreiche Innungen, die länderübergreifend tätig sind. In mehr als der Hälfte der 11 Bundesländer sind länderübergreifende Innungen tätig. Diese Entwicklung mag aus handwerksrechtlicher Sicht sinnvoll sein. Die Entwicklung auf Innungsebene ist aber aus sozialpolitischen Gründen nicht hinzunehmen, denn die dargestellte Entwicklung würde letztlich zu bundesweit agierenden Großkassen des Handwerks führen. Die jüngste Entwicklung zeigt diese Richtung deutlich auf. So gibt es bereits in Bremen und Hamburg nur noch bundesunmittelbare Innungskrankenkassen. Auch Innungskrankenkassen von Flächenländern sind inzwischen über Ausdehnungsverfahren über die Landesgrenzen hinausgewachsen und bundesunmittelbar geworden.

zu Artikel 57 a — neu —

Im Gegensatz zu den Ortskrankenkassen, deren Zuständigkeitsbereich örtlich begrenzt ist, werden Innungskrankenkassen für die der Trägerinnung bzw. den Trägerinnungen angehörigen Betriebe errichtet. Ihr örtlicher Zuständigkeitsbereich ist damit nicht durch besondere Regelungen abgegrenzt, er folgt vielmehr den Vorschriften des Handwerksrechts und dem tatsächlichen Zuständigkeitsbereich der Trägerinnungen und ihrer Betriebe.

Unterhalten der Innungskrankenkasse angehörende Betriebe unselbständige Betriebsteile — in denen sie versicherungspflichtige Arbeitnehmer beschäftigen — in einem anderen Land, erstreckt sich damit die Zuständigkeit der Kasse über das Gebiet eines Landes hinaus. Nach § 90 Abs. 1 SGB IV geht als Folge die Aufsichtszuständigkeit auf das Bundesversicherungsamt über. Die Verlagerung der staatlichen Aufsicht vom Land auf den Bund widerspricht dem Gedanken der Regionalität.

Die Korrektur der Aufsichtszuständigkeit darf sich nicht auf Neufälle beschränken, sondern muß auch für bestehende Kassen gelten. Von einer Auseinandersetzung wird abgesehen, weil der Verwaltungsaufwand in keinem Verhältnis zur wirtschaftlichen Bedeutung stünde.

131. **Artikel 1 § 171 Satz 1**

In § 171 Satz 1 sind die Worte „nach Anhörung des Gesellenausschusses" sowie „nach Anhörung der Gesellenausschüsse" zu streichen.

Begründung

Die Wahrnehmung der arbeitnehmerseitigen Interessen wird — wie auch bei Betriebskrankenkassenauflösungen in § 161 — durch die Entscheidungsfunktion der Vertreterversammlung ausreichend sichergestellt. Insoweit kann auf die Anhörung des Gesellenausschusses verzichtet werden.

132. **Artikel 1 § 194 Abs. 2 Nr. 3**

§ 194 Abs. 2 Nr. 3 ist zu streichen.

Begründung

Freiwillige Mitglieder können die Mitgliedschaft bei der früheren Krankenkasse des Ehegatten wählen. Diese Regelung eröffnet für Beschäftigte (insbesondere Arbeiter), die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze versicherungsfrei sind, ein ansonsten nicht bestehendes und systemfremdes Beitrittsrecht zu Ersatzkassen. Sie werden sich vor allem dann für die Kasse des Ehegatten entscheiden, wenn dieser einen günstigeren Beitragssatz hat. Dies führt zu weiteren Verwerfungen in den Risikostrukturen, auch unter den Ersatzkassen. Von einer derartigen Regelung ist daher abzusehen.

133. **Artikel 1 § 203 Abs. 2**

§ 203 Abs. 2 ist wie folgt zu fassen:

„(2) Die Satzung darf nur Bestimmungen enthalten und Leistungen vorsehen, die dieses Buch gesetzlich vorschreibt oder zuläßt."

Begründung

Notwendige Anpassung an den Regelungsgehalt des § 30 SGB IV.

134. **Artikel 1 § 216 Abs. 3**

§ 216 Abs. 3 ist wie folgt zu fassen:

„(3) Für länderübergreifende Landesverbände gilt Absatz 2 mit der Maßgabe entsprechend, daß für den Fortbestand die Zustimmung der für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der betroffenen Länder erforderlich ist. Artikel 3 § 2 Abs. 4 des Gesetzes über die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen findet insoweit keine Anwendung."

Begründung

Der Gesetzentwurf weist den Landesverbänden der Krankenkassen neue wichtige Aufgaben insbesondere im Krankenhausbereich (Abschluß und Kündigung von Versorgungsverträgen, Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen, Großgeräteplanung) zu. Auch im Bereich der Rechtsbeziehungen zu Ärzten, Zahnärzten, Apothekern und sonstigen Leistungserbringern erfährt die Stellung der Landesverbände eine deutliche Aufwertung.

Zu einer wirksamen Gesundheitspolitik auf Landesebene sind daher künftig noch intensivere Kontakte zwischen den obersten Landesbehörden, den Landesverbänden der Anbieter und den Landesverbänden der Krankenkassen geboten. Dies setzt entsprechende Organisationsstrukturen der Landesverbände der Krankenkassen voraus.

135. **Artikel 1 § 220 Abs. 2**

In § 220 Abs. 2 sind die Worte „und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen" zu streichen.

Begründung

Der Ausweitung der Unterstützungsaufgaben auf eine generelle Wahrnehmung der Interessen der Mitgliedskassen bedarf es nicht. Soweit eine Wahrnehmung der Interessen der Mitgliedskassen notwendig ist, enthalten die Nummern 3 und 4 des § 220 Abs. 2 hinreichende Konkretisierungen.

136. **Artikel 1 § 220 Abs. 2 Nr. 8**

In § 220 Abs. 2 Nr. 8 sind die Worte „mit Wirkung für die" durch die Worte „in Abstimmung mit den" zu ersetzen.

Begründung

Hiermit wird der bisherige Wortlaut des § 414e Satz 2 Buchstabe h RVO wiederhergestellt.

Nach § 220 Abs. 2 Nr. 8 des Gesetzentwurfs sollen die Landesverbände die Mitgliedskassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen insbesondere auch durch Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie den Betrieb von Rechenzentren „mit Wirkung für die" Mitgliedskassen unterstützen. Nach der Begründung zum Entwurf soll hiermit die Wahrnehmung von Verbandsaufgaben im Bereich der elektronischen Datenverarbeitung erleichtert werden.

Insbesondere aus Wirtschaftlichkeits-Grundsätzen ist es zwar unbedingt notwendig, daß Verfahren und Programme für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung zentral entwickelt werden. § 220

Abs. 2 Nr. 8 des Gesetzentwurfs sieht aber darüber hinaus vor, daß die Landesverbände auch die Art der Datenverarbeitung (eigenes oder Gemeinschafts-Rechenzentrum) „mit Wirkung für" die Kassen bestimmen.

Diese Regelung würde die Organisationsfreiheit der einzelnen Krankenkassen erheblich einengen. Abgestimmte und arbeitsteilige Datenverarbeitung von Krankenkassen mit evtl. zusätzlicher eigener oder portabler Software in eigenen Rechenzentren wäre dann nicht mehr möglich, ist in Zukunft aber wichtiger denn je; insbesondere im Hinblick auf die Notwendigkeit der Kosten- und Leistungstransparenz und der Durchleuchtung von Risikostrukturen. Die Erfahrung hat gezeigt, daß die in einem Groß-Rechenzentrum eingebundenen Krankenkassen im Hinblick hierauf bei weitem nicht so flexibel sein können, wie Krankenkassen mit eigenem Rechenzentrum.

Auf welche Weise innovative und schnell greifende Projekte von Krankenkassen mit eigenen Rechenzentren in Angriff genommen und verwirklicht werden können, ist von einigen Ortskrankenkassen eindrucksvoll praktiziert worden. Einer intensiven Zusammenarbeit dieser AOK'en ist es z. B. zu verdanken, daß erstmals konkrete Aussagen über die finanzielle Belastung durch bestimmte Risikogruppen in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung stehen. Gerade damit sind für den Gesetzgeber wesentliche Entscheidungshilfen im Hinblick auf die Strukturreform des Gesundheitswesens geschaffen worden. Auch für die Weiterentwicklung gewährleisten kasseneigene Anlagen eine rasche Umsetzung.

Deshalb entspricht der Vorschlag letztlich nur dem mit dem Gesetzentwurf verfolgten Ziel, im § 220 Abs. 2 Nr. 8 die Fassung des § 414e Buchstabe h RVO wiederherzustellen.

137. **Artikel 1 § 222 Abs. 4**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren das Recht zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften als eine besondere institutionalisierte Form der Zusammenarbeit von Krankenkassen, Landesverbänden und Spitzenverbänden unter Einbeziehung des § 94 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch zu vereinheitlichen. Die Notwendigkeit einheitlicher rechtlicher Grundlagen ergibt sich für die Arbeitsgemeinschaften nach § 222 Abs. 4, § 228 und bereits bestehende Arbeitsgemeinschaften, wie die Arbeitsgemeinschaft für Gemeinschaftsaufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Essen. Dabei erscheint es nicht zweckmäßig, der Selbstverwaltung auf allen Ebenen die Wahl der Rechtsform zu überlassen, in der solche Arbeitsgemeinschaften geführt werden können. Insbesondere muß ausgeschlossen werden, daß sich in diesem Zusammenhang neue Selbstverwaltungsorgane etablieren, die das Selbstverwaltungsrecht nicht vorsieht.

Soweit es sich um die Wahrnehmung einheitlicher und gemeinsamer Aufgaben des Vertragsrechts handelt, sind insbesondere auf Landesebene Arbeitsgemeinschaften zwingend vorzuschreiben.

138. **Artikel 1 § 226 Abs. 1**

In § 226 Abs. 1 ist das Wort „bundesrechtlich" durch das Wort „gesetzlich" zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Anpassung an § 220 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und Harmonisierung mit § 30 SGB IV.

139. **Artikel 1 § 226 Abs. 2**

In § 226 Abs. 2 sind die Worte „und bei der Wahrnehmung ihrer Interessen" zu streichen.

Begründung

Es bedarf keiner Generalklausel, mit der den Bundesverbänden die Wahrnehmung von Landesverbandsinteressen übertragen wird. Der Katalog der aufgeführten Unterstützungsaufgaben enthält eine ausreichende Konkretisierung. Eine Aufgabenausweitung der Bundesverbände, etwa im Bereich der Entwicklung von Marketingkonzepten und Marketing-Strategien, ist nicht wünschenswert. Zudem widerspricht es dem föderativen Staatsaufbau, Verbandsaufgaben zunehmend zu zentralisieren.

140. **Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 4**

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren die Frage zu prüfen, ob in Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 4 SGB V die Worte „Entscheidung von" durch die Worte „Vermittlung bei" ersetzt werden sollten.

Begründung

Gegen die länderübergreifende Entscheidungszuständigkeit der Bundesverbände bestehen rechtliche Bedenken.

141. **Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 9**

§ 226 Abs. 2 Nummer 9 ist wie folgt zu fassen:

„9. Entwicklung und Abstimmung von Verfahren und Programmen für die automatische Datenverarbeitung, den Datenschutz und die Datensicherung sowie Abstimmung über die wirtschaftliche Nutzung von Rechenzentren zur Erfüllung von Aufgaben der Mitglieder und der Krankenkassen."

Begründung

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Klarstellung wünschenswert.

142. **Artikel 1 § 226 Abs. 3**

§ 226 Abs. 3 ist zu streichen.

Begründung

Durch die in Absatz 3 genannten Grundsatzentscheidungen der Bundesverbände würden die Kompetenzen der regionalen Selbstverwaltung auf sachlich nicht vertretbare Weise eingeschränkt werden. Eine solche Zentralisierung von Zuständigkeiten widerspricht dem dezentralen Krankenversicherungssystem und damit dem Erfordernis des Vorrangs der regionalen Selbstverwaltung.

143. **Artikel 1 § 227**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, welche Aufgaben regionale Kassenverbände weiterhin übernehmen sollen, und diese Aufgaben konkret im Gesetz festzulegen. Sie werden außerdem gebeten, die Bildung regionaler Kassenverbände und regionaler Arbeitsgemeinschaften aufeinander abzustimmen.

144. **Artikel 1 § 228**

a) In § 228 ist folgender Absatz 1 voranzustellen:

„(1) Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen bilden auf Landesebene eine Arbeitsgemeinschaft. Die Verbände arbeiten in dieser Arbeitsgemeinschaft eng zusammen, insbesondere durch gegenseitige Unterrichtung, Koordinierung und Abstimmung. Dies gilt vor allem für Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit. Die Arbeitsgemeinschaft ist für alle Entscheidungen zuständig, die von den Verbänden nur gemeinsam getroffen werden können."

b) Der bisherige Text des § 228 wird Absatz 2; in Satz 1 ist nach dem Wort „Aufgaben" das Wort „weitere" einzufügen.

Begründung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben in den Ländern nach dem Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes sowie nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und den Krankenhausgesetzen der Länder weitreichende Mitwirkungs- und Gestaltungsbefugnisse. Viele Entscheidungen der Verbände werden nur wirksam, wenn sie gemeinsam getroffen werden, z. B. der Abschluß von Versorgungsverträgen nach den §§ 117 und 119. Auch außerhalb dieser gesetzlichen Mitwirkungs- und Gestaltungsbefugnisse haben die Verbände ein weites Aufgabenfeld.

Es liegt im Interesse einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten, daß die Verbände hierbei eng zusammenarbeiten. Dies sollte in institutionalisierter Form im Rahmen einer auf Landesebene zwingend zu bildenden Arbeitsgemeinschaft geschehen.

Darüber hinaus können weitere Arbeitsgemeinschaften gebildet werden, falls Krankenkassen und Verbände dies als angebracht ansehen.

145. **Artikel 1 § 275 Abs. 1**

In § 275 Abs. 1 ist die Zahl „10" durch die Zahl „5" zu ersetzen.

Begründung

Der nach § 275 vorgesehene verbindliche Finanzausgleich zwischen den Mitgliedskassen eines Landesverbandes gewährleistet den bei erheblichen unterschiedlichen Beitragssätzen der einzelnen Mitgliedskassen notwendigen Finanzausgleich nicht, weil die Ausgleichsschwelle von 10 v. H. des durchschnittlichen Bedarfssatzes so hoch angesetzt ist, daß sie nur in einem extremen Ausnahmefall von der einen oder anderen Mitgliedskasse überschritten werden kann.

Um einen wirksamen Finanzausgleich unter den Mitgliedskassen des Landesverbandes herbeizuführen, ist es erforderlich, entsprechend dem geltenden Recht von einer Ausgleichsschwelle von 5 v. H. des durchschnittlichen Bedarfssatzes auszugehen.

146. **Artikel 1 nach § 282, Artikel 5 Nr. 2, Artikel 24, Artikel 70 nach Absatz 2**

Nach § 282 ist folgender Fünfter Abschnitt einzufügen:

„Fünfter Abschnitt

Prüfung der Krankenkassen

§ 282a

Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung

(1) Das Bundesversicherungsamt für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger und die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von ihnen bestimmten Behörden für die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger haben die Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung der Krankenversicherungsträger min-

destens alle fünf Jahre durch eine öffentlich-rechtliche Prüfungseinrichtung, die bei Durchführung ihrer Aufgaben unabhängig ist, zu prüfen. Die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger haben der durch Bundesrecht, die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger der durch Landesrecht errichteten oder zugelassenen Prüfungseinrichtung auf Verlangen alle Unterlagen vorzulegen und alle Auskünfte zu erteilen, die zur pflichtgemäßen Durchführung der Prüfung erforderlich sind. Der Prüfungsbericht ist auch der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

(2) Die Aufsichtsbehörde kann der Prüfungseinrichtung weitere Prüfungen übertragen.

(3) Die Kosten der Prüfung tragen die geprüften Körperschaften. Kosten dieser Prüfung, die auch im Interesse der Aufsichtsbehörde entstehen (Aufsichtsprüfung), werden zum entsprechenden Anteil vom Bund bzw. dem Land getragen. Für die bundesunmittelbaren Krankenversicherungsträger regelt der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, für die landesunmittelbaren Krankenversicherungsträger die für die Sozialversicherung zuständige oberste Verwaltungsbehörde des Landes das Nähere."

Folgeänderungen:

- In Artikel 5 ist die Nummer 2 zu streichen.
- In Artikel 24 ist die Nummer 4 wie folgt zu fassen:

  „4. Nummer 6 wird gestrichen."
- In Artikel 70 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 2a einzufügen:

  „(2a) Artikel 1 § 282a tritt am 1. Januar 1990 in Kraft."

Begründung

zu § 282a

Auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist eine regelmäßige, umfassende, der Verantwortung des Staates gerecht werdende Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung im Hinblick auf

- die beträchtlichen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen der Kosten im Gesundheitswesen,
- die finanzielle Belastung der Beitragszahler,
- die hohe Verantwortung der Selbstverwaltungsorgane und
- die Verantwortung der Aufsichtsbehörden gegenüber dem Parlament

unerläßlich. Wie im gesamten Bereich der durch juristische Personen des öffentlichen Rechts wahrgenommenen mittelbaren Staatsverwaltung ist eine von der zu prüfenden Körperschaft unabhängige Prüfung erforderlich. Die Wirksamkeit des Prüfwesens, das Vertrauen der Beitragszahler und Anspruchsberechtigten und der Allgemeinheit in eine ordnungsgemäße Erledigung der Aufgaben setzen voraus, daß die Prüfeinrichtungen bei der Durchführung ihres Prüfauftrages sowohl von Aufträgen der zu prüfenden Körperschaft wie aber auch von sonstigen Einflußnahmen unabhängig sind. Dieser dem Prüfwesen immanente Grundsatz gilt auch für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die nach Absatz 1 einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Prüfungseinrichtung zu übertragende Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung dient neben der Kontrolle der Rechtsanwendung der Information der Verantwortlichen; sie soll weiterführende Überlegungen fördern, Orientierungs- und Entscheidungshilfen geben. Ein modernes Verständnis von dieser Prüfung ist nicht primär auf die Aufdeckung von Fehlern oder Mängeln gerichtet, sondern soll einen entscheidenden Beitrag zur rechtzeitigen Erkenntnis von Schwachstellen leisten und wirkt vor allem präventiv.

Die in § 282a vorgesehene Prüfung bietet in ihren tatsächlichen Feststellungen und Ergebnissen auch die objektive Grundlage für die in § 275 Abs. 3 des Entwurfs vorgesehene Untersuchung der Ursachen des überdurchschnittlichen Bedarfssatzes und die entsprechenden Ansätze für Maßnahmen zur Verbesserung der Finanzlage der Kasse. In ihrem Rahmen wird die Wirtschaftlichkeit insgesamt einschließlich der Verwaltungskosten geprüft.

Eine Eigenprüfung genügt, selbst wenn sie durch autorisierte Externe erfolgt, nicht den Anforderungen, die in allen anderen Bereichen mittelbarer Staatsverwaltung an eine Prüfung mit Entlastungswirkung gestellt werden.

Satz 3 des Absatzes 1 trägt den Informationsbedürfnissen der Aufsichtsbehörde Rechnung.

zu Artikel 5

Da eine Doppelprüfung vermieden werden soll, ist in Artikel 5 deshalb die Nummer 2 zu streichen.

zu Artikel 70

Die vorgesehene Inkrafttretensregelung läßt ausreichend Zeit zur Umsetzung der neuen Vorschrift.

147. **Artikel 1 § 284 Abs. 1**

In § 284 Abs. 1 sind folgende Sätze anzufügen:

„Unterlagen, die der Versicherte seiner Krankenkasse selbst überlassen hat, dürfen an den Medizinischen Dienst nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte eingewilligt hat. Für die Einwilligung gilt § 67 Satz 2 des Zehnten Buches."

Begründung

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

148. **Artikel 1 § 284 Abs. 2**

Der Bundesrat bittet, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob nicht im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in BVerfGE 32, 54 ff. die Befugnis zum Betreten von Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen gemäß Artikel 1 § 284 Abs. 2 zu beschränken ist auf ein Recht zum Betreten nur der Geschäftsräume des Krankenhauses und nur während der üblichen Geschäfts- und Betriebszeiten.

149. **Artikel 1 § 286**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob die Konsequenzen aus der rechtlichen Verselbständigung der Arbeitsgemeinschaft „Medizinischer Dienst" ausreichend geregelt sind.

1. Es fehlen Vorschriften, die die Art und den Umfang der vom Medizinischen Dienst erhobenen Daten, die zulässigen Verwendungszwecke und die Vernichtung der Daten regeln, wie dies für die Krankenkassen richtigerweise erfolgt ist.

2. Nicht geklärt ist, ob auf den Medizinischen Dienst die Offenbarungsvorschriften der §§ 67 ff. SGB X anwendbar sind, oder ob diese von der Spezialvorschrift über die Mitteilungspflichten (§ 285) verdrängt werden. Dies ist im Hinblick auf § 76 Abs. 2 SGB X von erheblicher Bedeutung und betrifft auch die grundsätzliche Position des Medizinischen Dienstes als ausschließliche Begutachtungsstelle für die Krankenkassen.

3. Der Auskunftsanspruch der Versicherten gegenüber dem Medizinischen Dienst über seine in Dateien gespeicherten Daten ergibt sich aus § 79 SGB X, § 13 BDSG, §§ 83, 25 SGB X. Das Akteneinsichtsrecht des § 25 Abs. 2 SGB X hingegen besteht wegen des Vorbehalts in § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB X nicht, selbst wenn man beim Medizinischen Dienst ein „Verwaltungsverfahren" annimmt. Das Akteneinsichtsrecht des Versicherten bei seiner Krankenkasse bietet hierfür kein Äquivalent, da die Inhalte nicht deckungsgleich sein müssen.

150. **Artikel 1 § 287 Abs. 6**

In § 287 sind in Absatz 6 nach den Worten „§ 64 Abs. 1 und 2" die Worte „Satz 2" einzufügen.

Begründung

Die Sonderregelung des § 288 Abs. 2 verlangt für die Beschlüsse des Verwaltungsrates die einfache Mehrheit der Mitglieder. Neben dieser Sonderregelung ist für eine Verweisung auf die allgemeine Regel des § 64 Abs. 2 Satz 1 SGB IV, die wegen der vorgesehenen Beschlußfassung mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen zudem noch anderslautend ist, kein Platz.

151. **Artikel 1 § 289 Abs. 3 Satz 2**

In § 289 Abs. 3 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„§ 87 Abs. 1 Satz 2, §§ 88 und 89 des Vierten Buches sowie § 282a gelten unter Beachtung des § 283 Abs. 3 entsprechend."

Begründung

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 286 Abs. 1) unterliegt der „Medizinische Dienst der Krankenversicherung" der Aufsicht mit der Folge, daß die Aufsichtsbehörde die Geschäfts- und Rechnungsführung prüfen kann und die Verpflichtungen aus § 88 Abs. 2 SGB IV auch für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu gelten haben.

Schon der bisherige Vertrauensärztliche Dienst untersteht als Bestandteil der Landesversicherungsanstalt der Aufsicht nach §§ 87 ff. SGB IV.

Auch für die (spätere) Organisationsform einer Arbeitsgemeinschaft gilt über § 228 Satz 2 des Entwurfs und § 94 Abs. 2 SGB X für den „Medizinischen Dienst der Krankenversicherung" § 88 SGB IV, der aufsichtliche Befugnisse vorsieht.

Die Notwendigkeit, die Körperschaft des öffentlichen Rechts ebenso wie Krankenkassen, Krankenkassenverbände einer unabhängigen öffentlich-rechtlichen Prüfung zu unterziehen, ergibt sich aus der Begründung zu § 282a (neu).

Die „ärztliche Unabhängigkeit" gemäß § 283 Abs. 3 ist auch bei Ausübung der Aufsicht über den bzw. bei der Prüfung des „Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung" zu wahren.

152. **Artikel 1 § 293 Abs. 1 Satz 2**

In § 293 Abs. 1 sind in Satz 2 nach dem Wort „Gesundheitsvorsorge" die Worte „und Rehabilitation" einzufügen.

Begründung

Wegen des Dreijahreszeitraumes in § 39 Abs. 4 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch müssen auch die medizinischen Leistungen zur Rehabilitation aufgezeichnet werden.

153. **Artikel 1 § 294 Abs. 1**

In § 294 sind in Absatz 1 nach dem Wort „Abrechnungsbelegen" die Worte „im erforderlichen Umfang" einzufügen.

Begründung

Notwendige Klarstellung.

154. **Artikel 1 § 295**

Der Bundesrat bittet, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie die Übersicht nach § 295 Abs. 3 Satz 1 mit der nach § 15 Satz 2 Nr. 1 BDSG zu führenden Übersicht und der Registermeldung nach § 19 Abs. 4 BDSG inhaltlich abgestimmt werden kann.

155. **Artikel 1 § 296 Abs. 1 Satz 2**

In § 296 Abs. 1 ist Satz 2 wie folgt zu fassen:

„Die Frist beginnt mit Ablauf des Tages der letzten Leistungsgewährung; für Leistungen, die für einen bestimmten Zeitraum gewährt werden, beginnt die Frist mit Ablauf des letzten Tages dieses Zeitraums."

Begründung

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

156. **Artikel 1 § 296 Abs. 2**

a) In § 296 sind in Absatz 2 nach den Worten „verordneten Leistungen (§ 294)" die Worte „, die übermittelten Daten für die Stichprobenprüfung (§ 304) und in Überweisungsfällen (§ 305)" einzufügen.

b) In § 296 Abs. 2 Nr. 1 sind nach den Worten „nicht gestellt wird" die Worte „, längstens jedoch nach zwei Jahren" einzufügen.

Begründung

zu a)

§ 296 Abs. 2 präzisiert und modifiziert die allgemeine Löschungsvorschrift des § 84 SGB X für die Leistungsdaten über Versicherte, die als besonders sensibel eingestuft werden und im Überblick über längere Zeiträume die Erstellung von „Patientenkarrieren" ermöglichen. Der Zweck „Wirtschaftlichkeitsprüfung" (§§ 294, 304, 305) wird für eine Bestimmung der Löschungsfrist nach § 84 SGB X nicht für ausreichend gehalten.

Es ist daher folgerichtig, ähnlich wie in § 297 Abs. 2 für die Kassenärztlichen Vereinigungen vorgesehen, die nicht weniger sensiblen ärztlichen Behandlungsdaten aus der Übermittlung für Stichproben und in Überweisungsfällen auch bei den Krankenkassen der präzisierenden Vorschrift des § 296 Abs. 2 zu unterstellen. Die Überweisungsdaten sind zwar nicht versichertenbezogen, müssen jedoch wegen des Sachzusammenhangs in die Sondervorschrift zur Löschung von Daten für die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden.

zu b)

Die Eingriffsintensität der Speicherung von Leistungsdaten in das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Versicherten beurteilt sich in hohem Maße auch nach der Dauer. Die Fristenbestimmung durch die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in Prüfungsvereinbarungen soll durch eine gesetzliche Höchstdauer eingeschränkt werden, um die Verhältnismäßigkeit der Speicherungen zu gewährleisten.

157. **Artikel 1 § 296 Abs. 4**

In § 296 Abs. 4 ist das Wort „Aufbewahrungsfristen" durch das Wort „Aufbewahrung" zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Änderung. § 84 des Zehnten Buches sieht keine Löschungsfristen vor.

158. **Artikel 1 § 297 Abs. 1**

In § 297 ist in Absatz 1 das Wort „Prüfungsausschüssen" durch die Worte „für die Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständigen Ausschüssen" zu ersetzen.

Begründung

Der Begriff „Prüfungsausschüsse" ist ein bereits belegter Begriff für die 1. Prüfungsinstanz (§ 114 Abs. 4) und eignet sich deshalb nicht als Oberbegriff für die Prüfgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Kassen und Ärzten.

159. **Artikel 1 § 298 Überschrift, Satz 1, 2**

a) Die Überschrift des § 298 ist wie folgt zu fassen:

„Krankenversichertennummer".

b) In § 298 Satz 1 und Satz 2 ist jeweils das Wort „Versichertennummer" durch das Wort „Krankenversichertennummer" zu ersetzen.

Begründung

Notwendige Klarstellung.

160. **Artikel 1 § 303 Abs. 1**

In § 303 Abs. 1 ist die Angabe „§ 91 Abs. 3" durch die Angabe „§ 90 Abs. 1" zu ersetzen.

Begründung

Klarstellung des Gewollten.

161. **Artikel 1 § 303 nach Absatz 1**

In § 303 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1 a einzufügen:

„(1 a) Die Landesverbände der Krankenkassen können gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung als Bestandteil der Verträge nach § 91 Abs. 1 eine von Absatz 1 Nr. 7 und 8 abweichende Regelung vereinbaren. § 90 Absatz 1 Satz 2 gilt insoweit für die Regelung nach Absatz 1 Nr. 7 und 8 nicht."

Begründung

Die Regelungsbereiche des Absatzes 1 Nr. 7 und 8 können praxisgerecht auch auf der Selbstverwaltungsebene des Landesbereichs festgelegt werden. Zur Vermeidung von Widersprüchen im Gesamtvertrag wird die gesamtvertragliche Geltung des Bundesmantelvertrages insoweit ausgeschlossen.

162. **Artikel 1 § 304 nach Nummer 4, § 305**

a) In § 304 ist nach Nummer 4 folgende Nummer 4 a einzufügen:

„4 a. die je Behandlungsfall und Arzt abgerechneten Kosten,".

b) In § 305 sind nach dem Wort „Leistungen" folgende Worte einzufügen:

„und abgerechneten Kosten"

Begründung

Die maschinelle Aufbereitung der abgerechneten Kosten erfolgt derzeit bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Honorarabrechnung. Eine erneute Berechnung bei den Krankenkassen wird überflüssig.

163. **Artikel 1 § 304 Abs. 1 — neu —**

In § 304 ist folgender Absatz 1 einzufügen:

„(1) Die Kassenärztlichen Vereinigungen übermitteln den Krankenkassen auf Verlangen die Angaben über die ärztlichen Leistungen, die für die Erfüllung der in § 310 Abs. 1 genannten Aufgaben erforderlich sind, arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern."

Folgeänderungen:

— In § 304 ist die Überschrift wie folgt zu fassen:

„Datenübermittlung durch
die Kassenärztlichen Vereinigungen",

— der Text des § 304 wird Absatz 2.

Begründung

Die Herstellung besserer Transparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung muß wirtschaftlich sein. Sie muß deshalb Abfallprodukt der routinemäßigen Abrechnungsvorgänge sein. Dies bedingt, daß die Leistungserbringer oder ihre Abrechnungsstellen im Zuge ihrer routinemäßigen Abrechnung die Abrechnungsdaten beziehbar auf Leistungserbringer und Versicherte auf maschinell verwertbare Datenträger speichern und diese Datenträger den Krankenkassen zur Verfügung stellen, soweit diese die Daten für die Erledigung ihrer Aufgaben benötigen. Dadurch wird erreicht, daß die Krankenkassen Daten, die bereits von den Leistungserbringern oder ihren Abrechnungsstellen erfaßt worden sind, nicht erneut kostenintensiv auf Belegen erfassen müssen.

Die einschlägigen Regelungen dieses Gesetzes, insbesondere die §§ 303, 308 und 309, lassen zwar grundsätzlich zu, daß die Krankenkassen die Daten von den Leistungserbringern auf maschinell verwertbaren Datenträgern erhalten können. Eine Verpflichtung der Leistungserbringer zu diesem Verfahren ist jedoch nicht festgelegt. Diese Verpflichtung kann insoweit gesetzlich eingeführt werden, als ihr die Leistungserbringer schon nach dem derzeitigen Stand der Datenverarbeitung ihrer Verwaltung bzw. ihrer Abrechnungsstellen nachkommen können. Die gesetzliche Verpflichtung zur Datenübermittlung ist notwendig, um die Bereitschaft zur Modernisierung der Leistungsabrechnung in der Krankenversicherung bis hin zur Einführung maschinell lesbarer Abrechnungsvordrucke zu fördern.

164. **Artikel 1 § 305**

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen, ob die Übermittlung der Überweisungen auf maschinell lesbaren Datenträgern bzw. die dazu not-

wendige Datenerfassung nicht zu einem unverhältnismäßigen Aufwand bei den Kassenärztlichen Vereinigungen führt.

Es wird zu bedenken gegeben, ob nicht hier vor der gesetzlichen Einführung eine modellhafte Erprobung angebracht ist. Insbesondere können Probleme bei den Überweisungen in andere Bundesländer auftauchen. Ebenfalls besteht das Problem, daß Krankenscheinhefte die Inanspruchnahme von Gebietsärzten ohne Überweisung ermöglichen. Vor allem die Einführung von Scheckkarten kann eine Erfassung von Überweisungen zusätzlich erschweren, weil damit jeder Versicherte jeden Arzt ohne Überweisungsauftrag in Anspruch nehmen kann.

165. **Artikel 1 § 308 vor Abs. 1, Abs. 2 Satz 1**

In § 308 ist vor Absatz 1 folgender Absatz 01 einzufügen:

„(01) Die Apotheken übermitteln den Krankenkassen auf Verlangen die Abrechnungsdaten auch arzt- und versichertenbeziehbar auf maschinell verwertbaren Datenträgern. Das bundeseinheitliche Kennzeichen für das verordnete Fertigarzneimittel ist für jedes abgegebene Fertigarzneimittel anzugeben."

Als Folge sind in § 308 Abs. 2 Satz 1 die Worte „Absatz 1" durch die Worte „Absatz 01 und 1" zu ersetzen.

Begründung

Vgl. Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 304 Abs. 1 — neu — (vgl. Ziffer 163).

166. **Artikel 1 § 308 Abs. 1**

In § 308 Abs. 1 sind die Worte „die Apotheken" durch die Worte „die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker" zu ersetzen.

Begründung

Redaktionelle Klarstellung, daß die Arzneimittelabrechnungsvereinbarung von den Vertragsparteien des Rahmenvertrages nach § 138 Abs. 2 getroffen wird.

167. **Artikel 1 § 309 Abs. 2**

In § 309 ist an Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Die Übermittlung der Angaben soll möglichst auf maschinell verwertbaren Datenträgern versichertenbeziehbar erfolgen."

Begründung

Vgl. Begründung zum Änderungsvorschlag zu § 304 Abs. 1 — neu — (vgl. Ziffer 163).

168. **Artikel 1 § 310 Abs. 1 Satz 2, nach Abs. 1, Abs. 2**

In § 310 ist nach Absatz 1 folgender Absatz 1a einzufügen:

„(1a) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen dürfen Einzelangaben über die persönlichen und sachlichen Verhältnisse der Ärzte und der Versicherten (personenbezogene Daten) nur erheben und erfassen, soweit dies zur Erfüllung der folgenden Aufgaben erforderlich ist:

1. Führung des Arztregisters (§ 103),
2. Vergütung der kassen- und vertragsärztlichen sowie der kassenzahn- und vertragszahnärztlichen Versorgung,
3. Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen (§ 129),
4. Vergütung der belegärztlichen Leistungen (§ 130),
5. Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§§ 114 und 145)."

Folgeänderungen:

- In § 310 Abs. 1 ist Satz 2 zu streichen,
- in § 310 ist nach Absatz 1a — neu — folgender Absatz 1b einzufügen:

  „(1b) Für die Datenerhebung und -erfassung gelten die Vorschriften des Ersten und Zehnten Buches.",
- in § 310 Abs. 2 sind nach dem Wort „Versicherten" die Worte „oder dem Arzt" und nach den Worten „Absatz 1" die Worte „und 1a" einzufügen.

Begründung

Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen speichern in erheblichem Umfang arzt- und versichertenbezogen sensible Gesundheitsdaten, insbesondere für die Abrechnung und Prüfung der Kosten der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. Für die Erhebung und Erfassung dieser Daten ist der Datenschutz zu gewährleisten. Die vorgeschlagene Bestimmung lehnt sich eng an die Regelung des Absatzes 1 an, welche dem Schutz versichertenbezogener Daten bei der Erhebung und Erfassung solcher Daten durch die Krankenkassen dient.

169. **Artikel 1 § 310 Abs. 2**

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob mit der vorgesehenen Formulierung in Absatz 2 sichergestellt ist, daß mit „anderen Zwecken" nur solche der Krankenkassen gemeint sind und diese Vorschrift nicht für Offenbarungen gilt. Die Formulierung „Offenbarung an Dritte" in Absatz 3 beschreibt ein grundsätzliches Merkmal der Offenbarung und führt deshalb zu Zweifeln, ob mit „Dritten" auch Leistungsträger i. S. d. § 35 SGB I gemeint sind. Letztere Zweifel wirken dann auf die Auslegung der „Datenverwendung" in Absatz 2 bezüglich von Offenbarungen zurück.

Erforderlich erscheint zudem eine gesetzliche Regelung über die Datenverwendung bei den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sowie beim Medizinischen Dienst.

170. **Artikel 1 § 310 Abs. 2**

In § 310 ist an Absatz 2 folgender Satz anzufügen:

„Versicherungs- und Leistungsdaten der Beschäftigten einer Krankenkasse einschließlich der Daten ihrer mitversicherten Angehörigen dürfen Personen, die kasseninterne Personalentscheidungen treffen können oder daran mitwirken können, nicht zugänglich sein oder diesen Personen von Zugriffsberechtigten offenbart werden."

Begründung

Aus Gründen des Datenschutzes ist diese Regelung wünschenswert.

171. **Artikel 1 § 312 Abs. 1**

In § 312 sind in Absatz 1 nach dem Wort „Krankenkassen" die Worte „und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen" einzufügen.

Als Folge sind in § 312 Abs. 1 die Worte „in § 296 genannten" durch die Worte „sich aus §§ 296 und 297 ergebenden" zu ersetzen.

Begründung

Die Auswertung und Aufbewahrung von Daten für Forschungsvorhaben muß auch für die Datenbestände der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen geregelt werden.

Die Krankenkassen einerseits und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen andererseits speichern entsprechend ihrer Aufgabenstellung Daten für verschiedene Leistungsbereiche der Krankenversicherung: Während die Krankenkassen im wesentlichen Datenbestände über die verordneten Leistungen aufbereiten, verwalten die Kassenärztlichen und die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen insbesondere Daten über die kassenärztliche und kassenzahnärztliche Versorgung. Für die Durchführung von Forschungsvorhaben, welche das gesamte Leistungsgeschehen der Krankenversicherung zum Gegenstand haben, aber auch für eigene Forschungsvorhaben der Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen muß auf deren Datenbestände zugegriffen werden. Deshalb ist für diese Datenbestände ebenso wie für die Datenbestände der Krankenkassen die Auswertung und Aufbewahrung für Forschungsvorhaben regelungsbedürftig.

172. **Artikel 1 § 312 Überschrift, nach Absatz 2**

In § 312 ist nach Absatz 2 folgender Absatz 3 anzufügen:

„(3) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen können für Forschungsvorhaben und statistische Zwecke anonymisierte Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen der §§ 296 und 297 weiterhin fallbezogen speichern."

Als Folge ist die Überschrift zu § 312 wie folgt zu fassen:

„Forschungsvorhaben und Aufbewahrung anonymisierter Daten".

Begründung

Für Forschungsvorhaben reicht oftmals die Verwendung anonymisierter fallbezogener Daten aus. Ferner hat die Durchführung von Modellversuchen mit Daten der gesetzlichen Krankenversicherung gezeigt, daß solche Projekte mit personenbezogenen Daten datenschutzrechtlich nur möglich sind, wenn deren Inhalt, Ziel und Notwendigkeit durch vorbereitende Untersuchungen mit anonymen Daten belegt wurde.

Der Aufbau anonymer Datenbestände wird auch künftig zeitraubend sein, besonders dann, wenn das Forschungsvorhaben die Beurteilung von Entwicklungen über längere Zeiträume zum Gegenstand hat. Deshalb sollte es den Krankenkassen und den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen ermöglicht werden, anonyme fallbezogene Daten über die festgelegten Aufbewahrungsfristen hinaus aufzubewahren. Die Daten sollten auch für statistische Zwecke verwendet werden können, z. B. für die Ergänzung der Gesundheitsberichterstattung oder für die Entwicklung medizinischer und wirtschaftlicher Orientierungsdaten für die Konzertierte Aktion.

Es ist als strittig anzusehen, ob die Aufbewahrung von anonymen, fallbezogenen Daten regelungsbedürftig ist. Deshalb ist die vorgesehene Bestimmung aus Gründen der Rechtssicherheit angezeigt.

173. **Artikel 3 vor Nummer 13** (§ 79 SGB IV)

Die Bundesregierung wird gebeten, im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens zu prüfen, wie § 79 SGB IV so geändert werden kann, daß künftig Geschäftsübersichten und Statistiken, insbesondere bundesunmittelbarer Krankenkassen und Kassenärztlicher bzw. Kassenzahnärztlicher Vereinigungen länderbezogen erstellt und den zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder zugeleitet werden.

174. **Artikel 4** (SGB X)

Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte geprüft werden, ob mit dem Gesetzesvorhaben trotz der getroffenen, bereichsspezifischen Vorschriften eine allgemeine Regelung für alle Sozialleistungsträger zwingend verbunden werden muß. Es sollte berücksichtigt werden, daß das Bundesdatenschutzgesetz durch Verweisungen vielfach Anwendung findet. Die anstehende Novellierung des BDSG sieht Vorschriften zur Datenverwendung vor. Sollten sich die neuen Vorschriften für das Sozialgesetzbuch als unpassend herausstellen, könnte die ohnehin erforderlich werdende redaktionelle Anpassung des SGB X zum Anlaß für eine abweichende allgemeine Regelung im Sozialgesetzbuch genommen werden. Hierbei bestünde dann die Gelegenheit, entsprechende Datenverwendungsregelungen auch für Nutzungen außerhalb von Dateien zu treffen.

175. **Artikel 4 Abs. 2 Nr. 1** (§ 96 Abs. 3 SGB X)

In Absatz 2 Nr. 1 ist § 96 Abs. 3 SGB X folgender Satz anzufügen:

„Die Zentraldatei darf nur unter der Verantwortung eines Trägers der gesetzlichen Unfallversicherung und nur bei diesem geführt werden."

Begründung

Der Gesetzgeber darf sich wegen der abstrakten Gefahr einer Zentraldatei, die das allgemeine Verbot des § 96 Abs. 3 SGB X rechtfertigt, nicht auf die Zulassung der berechtigten Ausnahme beschränken. Er muß gewährleisten, daß „speichernde Stelle" mit allen hieran geknüpften rechtlichen Verpflichtungen eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, die im Rahmen der Rechtsaufsicht und der Kontrollbefugnisse der Datenschutzbeauftragten auf die Einhaltung aller Sicherungsmaßnahmen problemlos und auf eindeutiger Rechtsgrundlage überprüft werden kann.

176. **Artikel 5 Nr. 1** (§ 343 RVO)

In Nummer 1 ist vor der Zahl „349" die Zahl „343," einzufügen.

Begründung

§ 343 RVO verpflichtet den Vorstand der Krankenkassen, den Gewerbeaufsichtsbeamten auf Verlangen Auskunft über Zahl und Art der Erkrankungen zu erteilen.

Diese Vorschrift soll dazu dienen, das für die Krankheitsverhütung erforderliche statistische Material zu liefern. Es handelt sich dabei in erster Linie um die Bekämpfung der Berufskrankheiten und arbeitsbedingter Erkrankungen; für den Erlaß der nach den §§ 120d und 120e der Gewerbeordnung zugelassenen Vorschriften können auf diesem Wege zuverlässige Grundlagen beschafft werden.

Die Vorschrift hat von ihrer Bedeutung nichts verloren. Ihre ersatzlose Streichung würde die Bemühungen zur Eindämmung arbeitsbedingter Erkrankungen wesentlich erschweren.

177. **Artikel 7 § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG**

Der Bundesrat geht entgegen der Begründung zu § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG davon aus, daß von Ehegatten, die gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen betreiben, wie bisher grundsätzlich jeder unabhängig von einer versicherungspflichtigen Beschäftigung überwiegend der Leiter des landwirtschaftlichen Unternehmens sein kann. Wäre bei einer versicherungspflichtigen Beschäftigung eines Ehegatten in der Regel der andere überwiegend Leiter des Unternehmens, wie es die Begründung zu § 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG unterstellt, bestünde für Zu- und Nebenerwerbslandwirte und ihre Ehegatten wegen des Wegfalls der bisherigen Familienhilfe künftig eine doppelte Beitragsverpflichtung. Dies widerspricht den agrarsozialpolitischen Beschlüssen über eine weitere Entlastung der Landwirte von den Kosten der Sozialen Sicherung. Die Zahl der hiervon betroffenen Betriebe wird allein in Bayern auf etwa 45 000 geschätzt.

178. **Artikel 7 § 17 nach Satz 1 KVLG**

In § 17 ist folgender Satz anzufügen:

„Wenn die Krankenkasse dafür andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in Anspruch nimmt, hat sie über Inhalt, Umfang, Vergütung sowie Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistungen Verträge zu schließen."

Begründung

Artikel 7 § 17 regelt die Anstellung der u. a. zur Gewährung von Betriebshilfe benötigten Personen. Die landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträger nehmen jedoch zur Sicherstellung der Versorgung mit Betriebshilfe andere geeignete Personen, Einrichtungen oder Unternehmen in größerem Umfang in Anspruch. Artikel 1 § 141 Abs. 1 Satz 2 deckt diese vertraglich zu regelnde Versorgung mit Betriebshilfen nicht ausreichend ab.

179. **Artikel 7 § 36 Abs. 2, § 50 Abs. 2 Satz 2, § 52 Nr. 1 KVLG**

In § 36 Abs. 2 ist das Wort „Leistungsaufwendungen" durch die Worte „Aufwendungen (Leistungsaufwendungen und Verwaltungskosten)" zu ersetzen.

Als Folgen sind

— in § 50 Abs. 2 Satz 2 das Wort „Leistungsaufwendungen" durch das Wort „Aufwendungen" zu ersetzen,

— in § 52 Nr. 1 das Wort „Leistungsaufwendungen" durch das Wort „Aufwendungen" zu ersetzen.

Begründung

Der Bund hat nach geltendem Recht (§ 63 Abs. 4 KVLG) die durch Beiträge nach § 63 Abs. 3 KVLG in Verbindung mit § 67 a KVLG nicht gedeckten Aufwendungen für die in § 2 Abs. 1 Nr. 4 und 5 des Gesetzentwurfs genannten Versicherten zu tragen. Bisher erstattet der Bund den Landwirtschaftlichen Krankenkassen lediglich die Leistungsaufwendungen. Nach der Konzeption der Landwirtschaftlichen Krankenversicherung findet ein Generationsausgleich zwischen aktiven Versicherten und Rentnern wie in der allgemeinen Krankenversicherung nicht statt. Der Bund sollte daher nicht nur die Leistungsaufwendungen für die Altenteiler tragen, sondern auch die auf sie entfallenden Verwaltungskosten. Dies würde zur Stabilisierung der Beiträge in der Krankenversicherung der Landwirte und zur Sozialkostenentlastung der Landwirte beitragen.

180. **Artikel 17 Nr. 4 Buchstabe b** (§ 3 Abs. 3 Satz 3 ZO-Ärzte)

In Nummer 4 Buchstabe b ist § 3 Abs. 3 Satz 3 wie folgt zu fassen:

„Eine patientenbezogene Tätigkeit als Arzt im Praktikum wird auf die Vorbereitungszeit nach Satz 2 bis zur Dauer von sechs Monaten angerechnet."

Begründung

Die jetzige Regelung des Entwurfs schließt jede Anrechnung einer Tätigkeit des Arztes im Praktikum (AiP) als Assistent eines Kassenarztes aus. Damit verliert diese Tätigkeit für den AiP an Bedeutung; er wird sich verstärkt um eine Stelle im Krankenhaus bemühen. Der Engpaß an AiP-Stellen wird dadurch verschärft.

Aber auch im Krankenhaus soll nach dem Entwurf — anders als nach Satz 2 — nicht jede patientenbezogene Tätigkeit anerkannt werden, sondern nur die Tätigkeit in wenigen Fachgebieten. Auch dies erscheint sachlich nicht geboten und würde den Engpaß an AiP-Plätzen verschärfen.

181. **Artikel 17 nach Nummer 6** (§ 9 Abs. 2 ZO-Ärzte)

Nach Nummer 6 ist folgende Nummer 6a einzufügen:

‚6a. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort „Bevollmächtigten" die Worte „bei berechtigtem Interesse" eingefügt.'

Begründung

Das Einsichtnahmerecht in das Arztregister enthält gegenwärtig keine Beschränkung auf einen bestimmten Arzt oder Zweck. Die Verhältnismäßigkeit der registerrechtlichen Erfassung der Kassenärzte erfordert zur Abwägung des berechtigten Interesses des einsichtnehmenden Arztes mit den berechtigten Interessen der im Register erfaßten Ärzte einen gesetzlichen Anknüpfungspunkt. So kann die Einsichtnahme z. B. nicht zu Werbezwecken erfolgen.

182. **Artikel 17 Nr. 21** (Anlage ZO-Ärzte)

In Nummer 21 ist in der Anlage zu § 2 Abs. 2 „Muster für das Arztregister" die Bezeichnung „7. Familienenstand . . ." zu streichen.

Begründung

Eine Erforderlichkeit für die Aufnahme des Familienstandes in das Arztregister besteht nicht.

183. **Artikel 18 nach Nummer 5** (§ 9 Abs. 2 ZO-Zahnärzte)

Nach Nummer 5 ist folgende Nummer 5a einzufügen:

‚5a. In § 9 Abs. 2 werden nach dem Wort „Bevollmächtigten" die Worte „bei berechtigtem Interesse" eingefügt.'

Begründung

Das Einsichtnahmerecht in das Zahnarztregister enthält gegenwärtig keine Beschränkung auf einen bestimmten Zahnarzt oder Zweck. Die Verhältnismäßigkeit der registerrechtlichen Erfassung der Kassenzahnärzte erfordert zur Abwägung des berechtigten Interesses des einsichtnehmenden Zahnarztes mit den berechtigten Interessen der im Register erfaßten Zahnärzte einen gesetzlichen Anknüpfungspunkt. So kann die Einsichtnahme z. B. nicht zu Werbezwecken erfolgen.

184. **Artikel 18 Nr. 19** (Anlage ZO-Zahnärzte)

In Nummer 19 ist in der Anlage zu § 2 Abs. 2 „Muster für das Zahnarztregister" die Bezeichnung „7. Familienstand . . ." zu streichen.

Begründung

Eine Erforderlichkeit für die Aufnahme des Familienstandes in das Zahnarztregister besteht nicht.

185. **Artikel 21 Nr. 3** (§ 9 Abs. 2 KHG)

Nummer 3 ist zu streichen.

Begründung

Die bestehende Regelung in § 9 Abs. 2 Nr. 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz ist völlig ausreichend und sichert die notwendige Finanzierung bei Ausscheiden oder Umstellung von Krankenhausbetten (z. B. in Pflegeeinrichtungen) aus der akuten stationären Versorgung. Hierfür hat sich diese Regelung in der Vergangenheit ausreichend bewährt. Es besteht keine Veranlassung, darüber hinaus die Finanzierungspflichten der Länder auszuweiten.

186. **Artikel 21 nach Nummer 3** (§ 17 Abs. 4a KHG)

Nach Nummer 3 ist folgende Nummer 3a einzufügen:

„3a. § 17 Abs. 4a Satz 2 ist zu streichen."

Begründung

Der Bundesrat hat am 6. November 1987 in seiner 582. Sitzung den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit dem Ziel beschlossen, die Finanzierung des theoretischen Teils der Ausbildung in den nichtärztlichen Heil- und Hilfsberufen des Gesundheitswesens wie bisher auf Dauer über die Pflegesätze sicherzustellen. Die Bundesregierung hat diese Gesetzesinitiative des Bundesrates am 11. Januar 1988 dem Bundestag mit der Bitte zugeleitet, eine Beschlußfassung herbeizuführen.

Die gebotene Klarstellung einer gesicherten Finanzierung der Ausbildung ist so vorrangig, daß auch auf diesem Wege die Möglichkeit der Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes anzustreben ist.

Es ist daran zu erinnern, daß die sonst übliche duale Ausbildung nicht auf die ganzheitliche Ausbildung in den nichtärztlichen Heil- und Hilfsberufen in Krankenhäusern übertragen werden kann. Die Finanzierung des theoretischen Teils dieser Ausbildung wäre — abgesehen von der ohnehin nicht klaren Abgrenzbarkeit — nicht gesichert, da die Länder nicht verpflichtet sind, in die Finanzierung einzutreten. Dies ergibt sich aus einem Rechtsgutachten, das im Ergebnis keine Rechtsverpflichtung der Länder zur Finanzierung feststellt. Somit werden die ausbildenden Krankenhausträger auf eine defizitäre Ausbildung verwiesen, die jedoch zumindest freigemeinnützige Krankenhausträger auf Dauer nicht leisten können. Die Folge, Schulgeld erheben zu müssen, wird sich negativ auf den für die nächsten Jahre notwendigen Nachwuchs, insbesondere in der Krankenpflege, auswirken.

187. **Artikel 21 Nr. 4** (§ 18 Abs. 1 KHG)

Nummer 4 ist zu streichen.

Begründung

Die mit Artikel 21 Nr. 4 verfolgte Änderung in § 18 Abs. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz hat zum Ziel, die von den Pflegesatzparteien vor Ort getroffene Pflegesatzvereinbarung der Zustimmung der Landesverbände der Krankenkassen zu unterwerfen. Folgt man der hierzu gegebenen Begründung, so soll damit die Landesebene der Krankenkassen zusätzlich in die Verantwortung für Inhalt und Form der Pflegesatzabschlüsse vor Ort einbezogen werden. Einer solchen Einbeziehung bedarf es nicht, sie ist im Gegenteil eher als kontraproduktiv zu betrachten. Die Krankenkassen vor Ort haben in hohem Maße zum Zwecke der Pflegesatzverhandlungen Arbeitsgemeinschaften gebildet und räumen angesichts der Bedeutung dieses Versorgungsbereichs den Verhandlungen mit den Krankenhäusern einen hohen Stellenwert ein. Es ist nicht nachzuvollziehen, welche Verbesserungen sowohl für den Inhalt als auch das Verfahren der Pflegesatzabschlüsse gewonnen wäre, wenn nach den mit großem Ernst und mit Sachverstand vor Ort geführten Verhandlungen zusätzlich noch die Landesebene der Krankenkassen zustimmen müßte. Das ohnehin bereits verwaltungsaufwendige Pflegesatzverfahren würde hierdurch noch zusätzlich belastet.

188. **Artikel 21 Nr. 6** (§ 28 KHG)

a) In § 28 Abs. 1 Satz 1 sind die Worte „Die Träger der nach § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser" zu ersetzen durch die Worte „Die Krankenhausträger".

b) § 28 Abs. 2 Satz 2 ist wie folgt zu fassen:

„Die Statistischen Landesämter stellen den zuständigen Landesbehörden für Zwecke der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach diesem Gesetz die Erhebungsbögen der Krankenhäuser zur Verfügung."

Begründung

Die Krankenhausplanung benötigt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nicht nur die Daten der nach § 116 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Krankenhausbehandlung zugelassenen Krankenhäuser, sondern aller Krankenhäuser im Sinne des § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. Leistungsangebot und Inanspruchnahme auch nicht zugelassener Krankenhäuser können unmittelbaren Einfluß auf die Krankenhausplanung haben. Die Kenntnis dieser Daten ist daher für die Krankenhausplanung unentbehrlich.

189. **Artikel 29 Nr. 3** (§ 51 Abs. 2 SGG)

Nummer 3 ist wie folgt zu fassen:

‚3. § 51 Abs. 2 wird wie folgt geändert:

a) Satz 1 wird durch folgende Sätze 1 und 2 ersetzt:

„Die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit entscheiden auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch auf Grund der Beziehungen zwischen Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände oder auf Grund von Entscheidungen der gemeinsamen Gremien von Ärzten, Zahnärzten oder Krankenhäusern und Krankenkassen entstehen. Dies gilt nicht für Streitigkeiten, die die Planung, Förderung, Errichtung, Einrichtung oder Ausstattung von Krankenhäusern betreffen."

b) Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.'

Begründung

Die mit Satz 2 vorgeschlagene Ergänzung dient der Klarstellung.

Die in Artikel 29 Nr. 3 GRG vorgesehene pauschale Erweiterung des § 51 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz auf Streitigkeiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch könnte dahin mißverstanden werden, daß auch Rechtsstreitigkeiten, die mit der Planung, Förderung, Errichtung, Einrichtung oder Ausstattung von Krankenhäusern zusammenhängen, den Sozialgerichten zugewiesen sein sollen. Die bei dieser Auslegung drohende Aufspaltung des Rechtsweges ist jedoch zu vermeiden.

Die Kündigung eines Versorgungsvertrages ist, wenn sie vom Landesverband der Krankenkassen ausgesprochen wird, an die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde gebunden (§ 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Für Rechtsstreitigkeiten um die Erteilung oder Versagung der Genehmigung nach § 118 Abs. 2 Satz 2 SGB V bedarf es wegen des weiten und auslegungsbedürftigen Wortlauts in Artikel 29 Nr. 3 des Gesetzentwurfs der Klarstellung, daß Streitigkeiten innerhalb jener „genehmigungsrechtlichen" Beziehung zwischen dem Bescheidsadressaten und dem Land, dessen Behörde tätig geworden ist, den Verwaltungsgerichten nach § 40 Abs. 1 Satz 1 VwGO zufällt.

Die Zuweisung derartiger Rechtsstreitigkeiten zu den Verwaltungsgerichten ist sachgerecht.

190. **Artikel 35 Nr. 1 Buchstabe a** (§ 10 Abs. 6 BVG)

In Nummer 1 ist Buchstabe a wie folgt zu fassen:

‚a) Absatz 6 wird wie folgt gefaßt:

„(6) Berechtigten, die die Voraussetzungen der Absätze 2, 4 oder 5 erfüllen, werden für sich und die Leistungsempfänger Leistungen zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft sowie Leistungen bei einer nicht rechtswidrigen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt gewährt; sie haben Anspruch auf ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Für diese Leistungen gelten die Vorschriften über die Heil- und Krankenbehandlung mit Ausnahme des Absatzes 1 entsprechend; für Kurleistungen gelten jeweils § 11 Abs. 2 oder § 12 Abs. 3 und 4."'

Begründung

Übernahme der Leistungen nach §§ 65 und 66 SGB V in den Leistungsumfang der Heil- und Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz und somit Gleichstellung mit bei einer Krankenkasse Versicherten.

191. **Artikel 35 Nr. 3 nach Buchstabe a** (§ 12 Abs. 2 Satz 2 BVG)

In Nummer 3 ist nach Buchstabe a folgender Buchstabe a 1 einzufügen:

‚a 1) Absatz 2 Satz 2 wird wie folgt gefaßt:

„Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung mit Zahnersatz sind auf den Zuschuß nach Satz 1 anzurechnen; sofern solche Leistungen freiwillig Versicherten gewährt werden, die mehr als die Hälfte der Beiträge aus eigenen Mitteln tragen, sind diese Leistungen mit ihrem Wert oder Betrag auf die Gesamtaufwendungen anzurechnen." '

Begründung

Angleichung an die vor dem 1. Januar 1983 bestehende Rechtslage. Danach konnten im Rahmen der Krankenbehandlung nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) versicherten Berechtigten Zuschüsse zum Zahnersatz in Höhe der nach Abzug der Kassenleistungen verbleibenden Restkosten gewährt werden. § 12 Abs. 2 Satz 2 BVG in der derzeit geltenden Fassung wurde im Hinblick auf den Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (ärztliche Behandlung als Sachleistung, 60 v. H. der Material- und Laborkosten) eingefügt und ist im Hinblick auf die Leistungsbegrenzungen durch das Gesundheitsreformgesetz beim Zahnersatz nicht mehr gerechtfertigt, da die Leistungen der Krankenkasse beim Zahnersatz nicht mehr denen nach dem BVG entsprechen. Der Personenkreis der Anspruchsberechtigten nach dem BVG darf im Hinblick auf das von ihm erbrachte Opfer für die Allgemeinheit und auch unter Berücksichtigung des fortgeschrittenen Alters durch Strukturgesetze nicht schlechter gestellt werden. Aus entschädigungsrechtlichen Gründen ist der bisherige Leistungsumfang aufrechtzuerhalten. Der Besitzstand muß gewahrt werden; eine unterschiedliche Behandlung der Leistungsempfänger je nachdem, ob sie nur einen Anspruch nach dem BVG oder auch gegenüber der Krankenkasse haben, ist nicht begründet.

192. **Artikel 35 Nr. 18 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb** (§ 35 Abs. 3 Satz 3 BVG)

In Nummer 18 Buchstabe a ist Doppelbuchstabe bb wie folgt zu fassen:

,bb) Satz 3 wird wie folgt gefaßt:

„Dies gilt nicht für Empfänger einer Pflegezulage mindestens nach Stufe III bis zum Ablauf des zwölften auf die Aufnahme folgenden Monats." '

Begründung

Nach derzeitiger Rechtslage ist bei Pflegezulage ab Stufe III auch während einer Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlung die Pflegezulage uneingeschränkt zu zahlen. Dies führt vereinzelt dazu, daß die Pflegezulage auch bei jahrelanger Krankenhausbehandlung weitergewährt wird, obwohl keine Aufwendungen für die Pflege anfallen, weil diese im Rahmen der Heilbehandlung abgedeckt wird. Der Sinn der Regelung, nämlich den Berechtigten bei vorübergehendem stationärem Aufenthalt nicht zu zwingen, seine Pflegekraft zu entlassen, ist bei langandauernder stationärer Behandlung nicht mehr gegeben.

193. **Artikel 36 Nr. 2** (§ 90b Abs. 6 Satz 1, nach Satz 2 BVFG)

In Nummer 2

a) sind in § 90b Abs. 6 Satz 1 die Worte „aus Mitteln des Bundes" zu streichen,

b) ist in § 90b Abs. 6 folgender Satz 3 anzufügen:

„Die Aufwendungen nach Satz 1 und 2 trägt der Bund."

Begründung

Mit Artikel 36 (Artikel 37, 38 betreffen Folgeänderungen) soll in das Bundesvertriebenengesetz ein neuer § 90b eingefügt werden, wonach sich der Anspruch der Aussiedler und Übersiedler aus der DDR auf Krankenbehandlung nach Eintreffen im Bundesgebiet bestimmen soll. Folge der vorgesehenen Neuregelung ist eine Belastung der Länder mit den Verwaltungskosten, die den Krankenkassen, die die Krankenbehandlungskosten auf Kosten des Bundes tragen, entstehen. Bundesweit geht der Entwurf von 2,70 Mio. DM aus.

Die Begründung einer Verpflichtung der Länder, die Verwaltungskosten der Krankenkassen zu tragen, ist nicht zwingend und steht auch mit der Gesundheitsreform nicht im Zusammenhang.

194. **Artikel 36 Nr. 2** (§ 90b Abs. 6 nach Satz 3 — neu — BVFG)

In Nummer 2 ist in § 90b Absatz 6 nach Satz 3 — neu — folgender Satz anzufügen:

„Eine Erstattungspflicht besteht nicht, soweit Leistungen zu Unrecht erbracht worden sind und die Krankenkasse hierfür kein Verschulden trifft."

Begründung

Die AOK hat in diesen Fällen bereits vor Erteilung der Vertriebenenausweise A oder B Krankenhilfe gewährt, da insbesondere bei diesem Personenkreis eine möglichst baldige Hilfe notwendig ist. In einigen Ausnahmefällen wird den Anträgen nach dem BVFG jedoch nicht entsprochen. Diese wenigen Fälle sollten in das Erstattungsverfahren einbezogen werden, damit auch der Kreis der Antragsteller in Zukunft im Krankheitsfalle von der Krankenkasse Leistungen erhält und nicht evtl. an das Sozialamt verwiesen werden müßte. In diesem Zusammenhang sei auch darauf hingewiesen, daß nach der neuen Regelung (§ 90b Abs. 1 BVFG) ein Anspruch auf

Familienhilfe — Familienversicherung gemäß § 10 SGB V — nicht gegeben ist.

195. **Artikel 40 nach Nummer 2** (§ 37 Abs. 5 — neu — BSHG)

Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

,2a. In § 37 wird folgender Absatz 5 angefügt:

„(5) § 139 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend." '

Begründung

Der ehemals auch dem Sozialhilfeträger eingeräumte Apothekenrabatt ist im Zuge einer früheren Änderung des Arzneimittelrechts weggefallen. Es ist sachgerecht, dem Sozialhilfeträger das gleiche Recht einzuräumen wie den Krankenkassen.

196. **Artikel 40 nach Nummer 3** (§ 38 BSHG)

Nach Nummer 3 sind folgende Nummern 3a und 3b einzufügen:

,3a. In der Überschrift vor § 38 werden die Worte „Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen" durch das Wort „Mutterschaftshilfe" ersetzt.

3b. § 38 wird wie folgt geändert:

a) In Absatz 2 Satz 1 Nummer 5 wird das Wort „Mutterschaftsgeld" durch das Wort „Entbindungsgeld" ersetzt.

b) Absatz 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Die Leistungen sollen in der Regel den Leistungen entsprechen, die nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung Versicherten gewährt werden." '

Begründung

Mit den Änderungen werden die Begriffe des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übernommen. Die Streichung des § 38 Absatz 2 Satz 2 zweiter Halbsatz folgt aus Artikel 1 § 64, wo das Entbindungsgeld ausschließlich als Regelleistung vorgesehen ist.

197. **Artikel 45 nach Nummer 2** (§ 34b AprOÄ)

Nach Nummer 2 ist folgende Nummer 2a einzufügen:

,2a. § 34b wird wie folgt geändert:

Der Punkt am Ende von Satz 4 wird durch einen Strichpunkt ersetzt; es wird folgender Satz angefügt:

„Art und Umfang der Aufsicht nach Satz 1 sollen dem entsprechen." '

Begründung

Hierdurch soll verdeutlicht werden, daß mit wachsender Verantwortlichkeit des Arztes im Praktikum die Aufsicht entsprechend vermindert werden kann.

198. **Artikel 48 Nr. 1** (§ 57 Abs. 5 Satz 1 StVollzG)

In Nummer 1 ist § 57 Abs. 5 Satz 1 wie folgt zu fassen:

„Gefangene, die das fünfundzwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können sich zur Verhütung von Zahnerkrankungen einmal in jedem Kalenderhalbjahr zahnärztlich untersuchen lassen."

Begründung

Wer zur Tatzeit das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, kann keine Freiheitsstrafe erhalten und deshalb auch nicht dem Strafvollzugsgesetz unterfallen.

199. **Artikel 48 Nr. 1** (§ 58 Satz 2 nach Nr. 4 StVollzG)

In Nummer 1 ist in § 58 Satz 2 am Ende der Nummer 4 der Punkt durch einen Beistrich zu ersetzen und folgende Nummer 5 anzufügen:

„5. Krankenhausbehandlung."

Begründung

Redaktionelle Anpassung an § 27 Nr. 5 SGB V.

200. **Artikel 48 Nr. 5** (§ 62a nach Satz 1 StVollzG)

In Nummer 5 ist in § 62a folgender Satz 2 anzufügen:

„Die Vollzugsbehörde kann den Gefangenen abweichend von Satz 1 auf diese Leistungen verweisen, soweit die Belange des Vollzuges es erfordern."

Begründung

Der in das Strafvollzugsgesetz neu eingefügte § 62a geht offenbar davon aus, daß der Gefangene in einem freien Beschäftigungsverhältnis in jedem Fall Leistungen der Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann. Es muß jedoch auch die Möglichkeit bestehen, daß die Justizvollzugsanstalt den Gefangenen, der aufgrund eines freien Beschäftigungsverhältnisses krankenversichert ist, aus vollzuglichen Gründen (z. B. ärztliche Betreuung während der Nachtzeit) auf Leistungen der Anstalt nach dem Strafvollzugsgesetz verweisen kann.

201. **Artikel 48 Nr. 7** (§ 76 Abs. 2 Satz 1 StVollzG)

Nummer 7 ist wie folgt zu fassen:

‚7. In § 76 Abs. 2 Satz 1 werden nach dem Wort „Schwangerschaft" ein Beistrich und das Wort „bei" eingefügt.'

Begründung

Der ohne nähere Begründung vorgesehenen Streichung des § 76 Abs. 3 Satz 2 StVollzG, der aus besonderen Gründen die Entbindung in einer Vollzugsanstalt mit Entbindungsabteilung zuläßt, stehen elementare Sicherheitsbelange des Strafvollzugs entgegen.

202. **Artikel 53 nach Absatz 2** (Schlußvorschriften)

Nach Absatz 2 ist folgender Absatz 2a einzufügen:

„(2a) Artikel 1 § 8 Abs. 1 Nr. 4 und Absatz 2 gilt entsprechend."

Begründung

Personen, die nur aufgrund der Übergangsregelung Pflichtmitglied in der Krankenversicherung der Rentner werden, sollen ebenso wie alle anderen Personen bei Beginn der Pflichtmitgliedschaft als Rentner das Recht haben, sich von der Versicherungspflicht befreien zu lassen.

203. **Artikel 53 Abs. 3 Satz 1**

In Artikel 53 Abs. 3 sind die Worte „und nur wegen § 173a Abs. 1 Satz 2 der Reichsversicherungsordnung in der bis zum 31. Dezember 1982 geltenden Fassung nicht von dieser Versicherungspflicht befreit werden konnte" zu streichen.

Begründung

Ein Teil der Beihilfeberechtigten hat von der Befreiungsmöglichkeit nach § 173a RVO nur deshalb keinen Gebrauch gemacht, weil sie früher beitragsfrei versichert waren. Häufig war ihnen auch nicht bewußt, daß sich ein zunächst freiwilliges Versicherungsverhältnis durch die Rentenantragsstellung in eine Pflichtmitgliedsschaft umwandelte. Durch die Einführung der Beitragspflicht ab 1. Januar 1983 ist eine neue Sachlage entstanden. Die seinerzeit bis 31. März 1983 befristete Befreiungsmöglichkeit war zu wenig bekannt. Die Frist war auch sehr kurz. Versicherte, die von der Befreiungsmöglichkeit erst im Februar oder März 1983 erfuhren, konnten nicht mehr in die private Krankenversicherung übertreten, weil die Risikoprüfung nicht zeitgerecht abgeschlossen werden konnte. Eine nochmalige befristete generelle Befreiungsmöglichkeit, verbunden mit der Aufklärung durch die Dienstherren, würde Übertrittswilligen eine reelle Chance einräumen.

204. **Artikel 58a — neu —**

Es ist folgender neuer Artikel 58a einzufügen:

„Artikel 58a

Beteiligte Ärzte als Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Mitgliedschaft von Ärzten, die nach dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Recht beteiligt waren, bleibt bis zum Ablauf der auf den 31. Dezember 1988 folgenden Amtsperiode, längstens bis zum 31. Dezember 1992, erhalten."

Begründung

Die Beteiligungen bisherigen Rechts werden in Ermächtigungen umgewandelt. Der hiermit verbundene Wegfall der Mitgliedschaft soll aus Gründen des Vertrauensschutzes erst zu dem genannten Zeitpunkt erfolgen.

205. **Artikel 64** (Schlußvorschriften)

Artikel 64 ist wie folgt zu fassen:

„Artikel 64

Landesverbände der Krankenkassen

Landesverbände, deren Aufgaben gemäß Artikel 1 § 216 Abs. 4 künftig von der Krankenkasse wahrgenommen werden, hören mit Ablauf des 31. Dezember 1988 auf zu bestehen. In ihre Rechte und Pflichten tritt am 1. Januar 1989 die Krankenkasse ein."

Begründung

Die Neufassung trägt der Tatsache Rechnung, daß im Bundesgebiet mehrere Landesverbände betroffen sind, und dient außerdem der Klarstellung.

206. **Nach Artikel 65** (Schlußvorschriften)

Nach Artikel 65 ist folgender Artikel 65a einzufügen:

„Artikel 65a

Vereinigung Allgemeiner Ortskrankenkassen

(1) Bestehen am 1. Januar 1989 in dem Bezirk einer kreisfreien Stadt oder eines Landkreises mehrere Allgemeine Ortskrankenkassen, so können sie sich durch Beschluß ihrer Vertreterversammlungen bis zum 31. Dezember 1989 freiwillig vereinigen. § 153 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt.

(2) Kommt eine freiwillige Vereinigung nach Absatz 1 nicht zustande, so gilt sie mit Wirkung vom 1. Januar 1990 als vollzogen. Die größte Ortskrankenkasse mit Sitz im Bezirk der Gebietskörperschaft wird aufnehmende Kasse, andere Kassen und Kassenteile werden aufgenom-

men. § 155 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gilt entsprechend."

Begründung

Soweit noch nicht geschehen, wird die Übereinstimmung zwischen dem Bezirk der kreisfreien Stadt bzw. des Landkreises und dem Bezirk der Ortskrankenkassen durch Gesetz hergestellt. Da erfahrungsgemäß Vereinigungen und das Ausscheiden auf freiwilliger Basis Schwierigkeiten bereiten, andererseits aber auch flexiblere Lösungen ermöglichen, wird den betroffenen Kassen eingeräumt, binnen Jahresfrist zu einvernehmlichen Regelungen zu kommen. Gelingt dies nicht, besteht ab 1. Januar 1990 für den Bezirk jeder Gebietskörperschaft nur noch eine Ortskrankenkasse. Bezogen auf diesen Zeitpunkt bestehen dieselben Rechtsfolgen wie bei einer freiwilligen Vereinigung.

207. **Artikel 69 Satz 2** (Berlin-Klausel)

In Artikel 69 Satz 2 sind die Worte „des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder" zu streichen.

Begründung

Nicht nur für das jetzt ergehende Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches, sondern auch für die übrigen Bücher ist eine bleibende Berlin-Klausel erforderlich. Dies wird durch die Bezugnahme auf „dieses Gesetz" ohne besondere Hervorhebung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (= Artikel 1 des Gesetzentwurfs) gewährleistet. Die Uneinheitlichkeit, die sich bei einer Zitierung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ergeben würde, kann nicht hingenommen werden.

Anlage 3

Gegenäußerung der Bundesregierung zur Stellungnahme des Bundesrates

I. Zum Gesetzentwurf insgesamt

Zu 1.

Die Bundesregierung begrüßt, daß der Bundesrat die Notwendigkeit einer Reform im Gesundheitswesen, die mit dem Gesetzentwurf der Bundesregierung verfolgten Reformziele und die das Reformkonzept tragenden Einzelschritte bejaht. Für die Leistungsfähigkeit und für die Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung tragen Bund und Länder gemeinsam Verantwortung. Dieser gemeinsamen Verantwortung müssen Bund und Länder auch gemeinsam gerecht werden, wenn das schwierige Vorhaben einer Reform im Gesundheitswesen gelingen und gegen die harten Widerstände von Interessengruppen durchgesetzt werden soll. Die Reform im Gesundheitswesen und ihre im Interesse des Gemeinwohls notwendige Durchsetzung wird zur Bewährungsprobe für die Reformfähigkeit unserer Gesellschaft und für die Handlungsfähigkeit von Bund und Ländern gegen widerstrebende Einzelinteressen.

Zur Stabilisierung der Finanzgrundlagen der Krankenversicherung haben alle Beteiligten, Leistungserbringer und Versicherte, ihren Beitrag zu leisten. Dabei kann auch der Krankenhausbereich schon wegen seiner finanziellen Größenordnung und der dort nach wie vor zu verzeichnenden überproportionalen Ausgabenzuwächse nicht ausgenommen werden. Einseitige Abstriche von ihrem Reformkonzept hält die Bundesregierung nicht für vertretbar, vor allem nicht unter dem Gesichtspunkt der Ausgewogenheit bei der Verteilung der Lasten der Reform.

Deshalb bedauert es die Bundesregierung, daß der Bundesrat den im Gesetzentwurf für den stationären Bereich vorgesehenen Maßnahmen weitgehend nicht gefolgt ist; das gilt vor allem für die Schaffung eines Kündigungsrechts der Krankenkassenverbände gegenüber unwirtschaftlichen oder nicht bedarfsgerechten Krankenhäusern und die Erstellung einer Preisvergleichsliste für Krankenhäuser. Die mit dieser Absage verbundene fast vollständige Herausnahme des Krankenhausbereichs aus der Reform würde deren Ausgewogenheit in Frage stellen und damit auch die Akzeptanz bei den übrigen Beteiligten gefährden. Andere Leistungserbringer wären wohl kaum bereit, ihrerseits Sparbeiträge zu leisten, wenn das Krankenhaus von derartigen Beiträgen ausgenommen bleibt.

Mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 sind teilweise falsche Akzente gesetzt worden, die der Unwirtschaftlichkeit in der stationären Versorgung Vorschub leisten. Die Krankenkassen sind durch das KHG 1972 weitgehend auf eine Zuschauerrolle abgedrängt, die ihrer finanziellen Verantwortung für rd. 90 % der Krankenhausausgaben nicht entspricht. Hier müssen die den Ländern unstreitig zustehenden Planungskompetenzen einerseits und die Finanzverantwortung der Krankenkassen andererseits besser in Einklang gebracht werden, als das derzeit der Fall ist.

Die Bundesregierung teilt die Sorgen des Bundesrates um die Organisations- und Strukturprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich insbesondere in höchst unterschiedlichen Beitragssätzen zwischen den Kassenarten, aber auch innerhalb einzelner Krankenkassen widerspiegeln. Auch nach Auffassung der Bundesregierung ist eine Organisationsreform der gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung geboten.

Allerdings erscheinen die vielfältigen und schwierigen Probleme, die mit organisatorischen Veränderungen in einem historisch gewachsenen, gegliederten System verschiedener Kassenarten verbunden sind, nicht hinreichend ausdiskutiert. Das gilt vor allem für das Spannungsverhältnis zwischen einer sinnvollen Gliederung einerseits, der von den Ländern nunmehr angestrebten verstärkten Regionalisierung andererseits und den darüber hinaus vielfach geforderten Struktur- und Risikoausgleichen, seien sie kassenartenintern, kassenartenübergreifend, landesintern oder bundesweit angelegt. Zu allen diesen Fragen, deren Lösungen zu weitreichenden Veränderungen in der heutigen Gliederung der Krankenkassen führen können, gibt es bisher höchst unterschiedliche Positionen sowohl bei den Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung als auch zwischen den Bundesländern und zwischen den politischen Parteien. Das gilt auch für die Fragen eines sinnvollen Wettbewerbs der Kassen untereinander und im Verhältnis zu den Leistungserbringern sowie der damit in enger Verbindung stehenden vollständigen oder eingeschränkten Kassenwahlfreiheit der Versicherten.

Angesichts dieser noch keineswegs zu Ende geführten Diskussion erschien es nicht angängig, die schwierigen Probleme einer Organisationsreform der gesetzlichen Krankenversicherung schon in den jetzt vorgelegten Entwurf eines Gesundheits-Reformgesetzes mit einzubeziehen.

Die Bundesregierung ist aber entschlossen, die Lösung dieser Probleme in einem zweiten Reformschritt alsbald anzugehen. Das Bundeskabinett hat den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung am 27. April 1988 bei der Beschlußfassung über das Gesundheits-Reformgesetz beauftragt, in Fortführung der Gesundheitsreform einen weiteren Gesetzentwurf vorzule-

gen, in dem insbesondere für folgende Bereiche Lösungen erarbeitet werden:

- Neuregelung des Organisationsrechts der Krankenkassen mit dem Ziel einer Angleichung der unterschiedlichen Wettbewerbsbedingungen und damit der Beitragssätze sowie einer Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten bei der Kassenwahlfreiheit.
- Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung auf der Grundlage des noch in diesem Jahr vorzulegenden Berichts des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung.
- Überkapazitäten im Gesundheitswesen, insbesondere bei den Ärzten.

Die Bundesregierung wird die Bundesländer in die Vorbereitung dieser weiteren Reformschritte frühzeitig einbeziehen.

II. Zu den einzelnen Vorschriften

Zu 2. Artikel 1 § 2 Abs. 2 nach Satz 2 (Kostenerstattung und Sachleistung)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag, auch die Frage des Standorts, im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 3. Artikel 1 § 4 Abs. 3 (Pflicht der Krankenkassen zur Zusammenarbeit untereinander und mit Dritten)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 4. Artikel 1 § 4 Abs. 4 (sparsame und wirtschaftliche Verfahrensweise der Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 5. Artikel 1 § 4 Abs. 4 (Verbot von Werbung und Selbstdarstellung der Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie wird dabei auch überlegen, ob weniger einschneidende Maßnahmen als ein völliges Verbot angebracht sind.

Zu 6. Artikel 1 § 6 Abs. 1 Nr. 4 (Versicherungsfreiheit für Geistliche)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 7. Artikel 1 § 6 nach Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 (Versicherungsfreiheit auch für Bezieher einer Hinterbliebenenrente mit Anspruch auf Hinterbliebenenversorgung und Beihilfe)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 8. Artikel 1 § 8 Abs. 1 (Erfordernis privaten Krankenversicherungsschutzes bei Befreiung von der Versicherungspflicht)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Schon nach geltendem Recht wird der private Krankenversicherungsschutz nur für den Zeitpunkt des Befreiungsantrags, aber nicht für die Zeit der Befreiung gefordert.

Zu 9. Artikel 1 § 9 Abs. 1 Nr. 4 (Altersgrenze beim Beitritt von Schwerbehinderten)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie gibt allerdings zu bedenken, daß der Entwurf die Möglichkeit des freiwilligen Beitritts für die in § 176 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 RVO genannten Personen ersatzlos gestrichen hat, so daß auch die für diese Personen festsetzbare Altersgrenze entfällt. Das Beitrittsrecht für Schwerbehinderte hingegen wurde unverändert aus dem geltenden Recht (vgl. § 176c RVO), das eine Altersgrenze vorsieht, übernommen.

Zu 10. Artikel 1 § 9 Abs. 1 und 2, § 197 Abs. 2 (freiwillige Versicherung von DO-Angestellten)

Die Bundesregierung wird die Vorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 11. Artikel 1 § 9 Abs. 1 und 2, § 194 Abs. 2, § 197 Abs. 2 (Beitrittsrecht für Handwerker bei Errichtung einer Innungskrankenkasse)

Die Bundesregierung widerspricht den Vorschlägen. Sie hält an ihrer Auffassung fest, daß die nach § 176 RVO bestehenden Möglichkeiten eines freiwilligen Beitritts zur gesetzlichen Krankenversicherung im Hinblick auf das Solidaritätsprinzip (vgl. Artikel 1 § 1) nicht mehr gerechtfertigt sind. Um Präjudizien für andere Personengruppen zu vermeiden, sollten davon keine Ausnahmen zugelassen werden.

Zu 12. Artikel 1 § 14 nach Absatz 2 (Teilkostenerstattung auch für bereits freiwillig versicherte Aktive und Ruhestandsbeamte)

Die Bundesregierung kann dem Änderungsvorschlag nicht zustimmen. Für Beamte besteht ein eigenständiges System der Absicherung von Krankheitskosten. Dem trägt der Vorschlag des Bundesrates nicht Rechnung.

Zu 13. Artikel 1 § 15 nach Absatz 2 (zulässiger Inhalt des Krankenscheins)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 14. Artikel 1 § 16 Abs. 1 Nr. 4 (kein Ruhen der Leistung bei freiheitsentziehenden Maßregeln der Besserung und Sicherung)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Das grundsätzliche Ruhen von Leistungen bei den in § 16 Abs. 1 Nr. 4 bezeichneten Personen beruht darauf, daß die medizinische Versorgung im Rahmen der Unterbringung sichergestellt ist. Dies gilt auch für Personen, die wegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung in den Maßregelvollzug eingewiesen werden. Die Ursache der Unterbringung kann nicht ausschlaggebend dafür sein, ob die Leistungen der GKV ruhen oder nicht.

Zu 15. Artikel 1 § 20 Abs. 1 Satz 2 (Beseitigung der Ursachen von Gesundheitsschäden durch die Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen.

Zu 16. Artikel 1 § 20 Abs. 3 (Zusammenarbeit mit Gesundheitsämtern)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 17. Artikel 1 § 20 Abs. 3 (Rahmenvereinbarungen zur Gesundheitsförderung)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 18. Artikel 1 § 21 Abs. 1 Satz 1, § 22 Abs. 1 (Gruppenprophylaxe nur bis zum zehnten Lebensjahr)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Sie ist auch nach erneuter Prüfung der Auffassung, daß Versicherte bis zum 14. Lebensjahr für gruppenprophylaktische Maßnahmen motivierbar sind.

Zu 19. Artikel 1 § 21 nach Absatz 2 (Rahmenvereinbarungen zur Gruppenprophylaxe)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 20. Artikel 1 § 24 Abs. 1 Satz 2 (Mindestzuschuß zu Kuren für Mütter)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 21. Artikel 1 nach § 26 (Untersuchung auf HIV-Antikörper)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Die vorgeschlagene Ergänzung ist nicht erforderlich. Bereits nach geltendem Recht besteht eine Leistungspflicht der Krankenkassen für entsprechende diagnostische Maßnahmen (ggf. unter Einschluß von Testverfahren), sofern im Einzelfall aufgrund aufgetretener Beschwerden oder Symptome ein hinreichender Verdacht auf eine Infektion vorliegt.

Zu 22. Artikel 1 §§ 27ff. (bessere Versorgung psychisch Kranker)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen. Sie weist aber darauf hin, daß der Prüfungsauftrag sich auf Behandlungswege erstreckt, die im Rahmen des Modellprogramms Psychiatrie erprobt worden sind. Mit der Vorlage der Empfehlungen der vom Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit eingesetzten Expertenkommission ist in Kürze zu rechnen. Erste Empfehlungen liegen vor. Ihre Prüfung ist eingeleitet. Die Bundesregierung macht aber vorsorglich darauf aufmerksam, daß infolge einer Reihe von kostenwirksamen Änderungsanträgen des Bundesrates die finanziellen Spielräume des Gesetzentwurfs enger geworden sind.

Zu 23. Artikel 1 § 27 (Homologe Insemination als Kassenleistung)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen. Sie macht allerdings darauf aufmerksam, daß die Übernahme von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung in den Leistungskatalog der GKV zu erheblichen Abgrenzungsproblemen führen kann.

Zu 24. Artikel 1 §§ 29 und 30 (Sachleistung statt Kostenerstattung bei kieferorthopädischer Behandlung und Zahnersatz)

Die Bundesregierung kann sich dem in der Prüfungsbitte ausgedrückten Änderungswunsch nicht anschließen. Sie hält die vorgesehene Kostenerstattung für einen unverzichtbaren Schritt zu mehr Kostentransparenz. Im übrigen geht sie — wie auch schon in der Begründung zu § 29 zum Ausdruck gebracht — davon aus, daß Krankenkassen und Zahnärzte Zah-

lungsmodalitäten vorsehen, die der wirtschaftlichen Situation der Versicherten Rechnung tragen.

Zu 25. Artikel 1 § 30 Abs. 1 und 5 (Aufstockung des Zuschusses zum Zahnersatz und des Bonus)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechen. Sie macht darauf aufmerksam, daß entsprechende Änderungen das beabsichtigte Einsparvolumen nicht beeinträchtigen dürfen.

Zu 26. Artikel 1 § 30 Abs. 2 nach Satz 3 (Gelegenheit zur Stellungnahme für den Bundesinnungsverband der Zahntechniker)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 27. Artikel 1 § 30 Abs. 5 (Aufstockung des Bonus)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechen. Sie macht darauf aufmerksam, daß entsprechende Änderungen das beabsichtigte Einsparvolumen nicht beeinträchtigen dürfen.

Zu 28. Artikel 1 § 31 Abs. 4 (Verlängerung des Übergangszeitraums für eine Fixbetrag-Zuzahlung bei Arzneimitteln)

Die Bundesregierung kann einer Verlängerung des Übergangszeitraums nicht zustimmen.

Zu 29. Artikel 1 § 32 Abs. 2 Satz 2 (Kostenübernahme bei Heilmitteln ohne Festbetrag)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 30. Artikel 1 § 32 Abs. 3 (Zuzahlung zu Heilmitteln bei Kuren)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag nicht zu. Sie ist weiterhin der Auffassung, daß die Zuzahlung zu Heilmitteln, die im Rahmen einer ambulanten Vorsorge- oder Rehabilitationskur abgegeben werden, im selben Umfang zu leisten ist wie bei einer ambulanten ärztlichen Behandlung. Dies wird von Krankenkassen bereits heute so praktiziert. Im übrigen entfällt die Zuzahlung, soweit ein Festbetrag festgesetzt ist.

Zu 31. Artikel 1 § 33 Abs. 1 (Versorgung von inkontinenten Versicherten mit Pflegehilfsmitteln)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 32. Artikel 1 § 33 Abs. 3 Satz 2 (Kostenübernahme bei Hilfsmitteln ohne Festbetrag)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 33. Artikel 1 § 34 Abs. 4 (Gerichtliche Nachprüfbarkeit der Entscheidung des Bundesausschusses über den Ausschluß von Arzneimitteln von der Versorgung)

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, wie dem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen werden kann. Sie weist darauf hin, daß Entscheidungen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen bereits jetzt einer gerichtlichen Nachprüfung unterliegen, soweit sie in Rechtspositionen Dritter eingreifen.

Zu 34. Artikel 1 § 35 Abs. 1 (Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen bzw. mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen. Sie weist aber darauf hin, daß Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (§ 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2) und Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkprinzipien (§ 35 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3) bereits jetzt in der Preisvergleichsliste, in den Transparenzlisten der Transparenzkommission und in anderen Transparenzmedien zu Gruppen zusammengefaßt, preislich verglichen und pharmakologisch-therapeutisch bewertet werden. Es bestehen also medizinisch-pharmakologische Abgrenzungskriterien, die es ermöglichen, auch nach den Nummern 2 und 3 des § 35 Abs. 1 Satz 2 Festbeträge zu bilden.

Zu 35. Artikel 1 § 35 (Einheitlicher Apothekenabgabepreis)

Die Preisbindung für Arzneimittel in den Apotheken nach der geltenden Arzneimittelpreisverordnung führt in der Praxis zu einem einheitlichen Abgabepreis für Arzneimittel, so daß nach Auffassung der Bundesregierung weitergehende Regelungen insoweit nicht erforderlich sind.

Zu 36. Artikel 1 nach § 35 (sozialpsychiatrische Behandlung)

Auf die Gegenäußerung zu Nummer 22 wird Bezug genommen.

Zu 37. Artikel 1 § 36 nach Absatz 4 (sozialpsychiatrische Krankenpflege in therapeutischen Wohngemeinschaften und betreutem Einzelwohnen)

Auf die Gegenäußerung zu Nummer 22 wird Bezug genommen.

Zu 38. Artikel 1 § 37 Abs. 1 Satz 2 (Verbesserung der Voraussetzungen für die Haushaltshilfe)

Die Bundesregierung erkennt an, daß die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt nicht mit der Vollendung des 8. Lebensjahres endet. Sie kann dem Vorschlag aber wegen der finanziellen Mehrbelastung der Krankenkassen nicht zustimmen.

Zu 39. Artikel 1 § 38 Abs. 1 Satz 3 (Aufgabenstellung des Krankenhauses)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht zustimmen. Der in § 38 Abs. 1 Satz 3 enthaltene „Versorgungsauftrag" eines Krankenhauses umfaßt nicht nur die Aufgabenstellung sondern auch die für die Patientenversorgung erforderliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Durch seinen Bezug auf die Versorgung der Versicherten erfordert er eine leistungsfähige und zugleich wirtschaftliche Krankenhausbehandlung.

Zu 40. Artikel 1 § 38 Abs. 3, § 81 Abs. 4 (Streichung des Verzeichnisses stationärer Leistungen und Entgelte)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag nicht zu. Sie anerkennt, daß die Krankenhauspflegesätze keine Preise sind, sieht aber in dem Verzeichnis einen unverzichtbaren Schritt zu mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit bei der Krankenhausbehandlung.

Zu 41. Artikel 1 § 39 Abs. 3 (Beteiligung des Medizinischen Dienstes bei Anschlußheilbehandlung)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte im weiteren Gesetzgebungsverfahren entsprechen.

Zu 42. Artikel 1 § 39 Abs. 5 (Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer Rehabilitation)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Wie die Begründung zeigt, soll der Satzteil, dessen Streichung der Bundesrat vorschlägt, die Leistungszuständigkeit von Kranken- und Rentenversicherung in bestimmten Fällen, insbesondere bei Anschlußheilbehandlungen, besser als bisher abgrenzen. Dies kann z. B. dadurch geschehen, daß Krankenkassen und Rentenversicherungsträger sich darüber verständigen, bei welchen Indikationen für welche Zeit im allgemeinen eine Krankenhausbehandlung erforderlich ist.

Zu 43. Artikel 1 nach § 39 (Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke und Behinderte)

Auf die Gegenäußerung zu Nummer 22 wird Bezug genommen.

Zu 44. Artikel 1 § 40 Abs. 1 Satz 2 (Mindestzuschuß für Müttergenesungskuren)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 45. Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1 (Anspruch auf Krankengeld bei Betreuung eines kranken Kindes)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 46. Artikel 1 § 44 Abs. 1 Satz 1 (Altersgrenze beim Anspruch auf Krankengeld wegen Betreuung eines kranken Kindes)

Die Bundesregierung erkennt an, daß die Betreuungsbedürftigkeit eines Kindes im familiären Haushalt nicht mit der Vollendung des 8. Lebensjahres endet. Sie kann aber dem Vorschlag wegen der finanziellen Mehrbelastung der Krankenkassen nicht zustimmen. Die Bundesregierung weist außerdem darauf hin, daß der Vorschlag auch zu einer nicht unerheblichen Mehrbelastung der Arbeitgeber führen kann.

Zu 47. Artikel 1 § 44 Abs. 3 Satz 1 (Anspruch auf Krankengeld bei Betreuung eines erkrankten Kindes)

Die Bundesregierung hält die vorgeschlagene Änderung nicht für erforderlich.

Zu 48. Artikel 1 § 52 Abs. 3
Artikel 35 Nr. 12 Buchstabe c, d, Nr. 17, Nr. 18 Buchstabe b (BVG)
(Nachrang der häuslichen Pflegehilfe gegenüber einem Anspruch auf Pflegezulage nach § 35 BVG)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag.

Der vom Bundesrat vorgeschlagene Nachrang gegenüber einem Anspruch nach § 35 BVG würde bei Meinungsverschiedenheiten darüber, ob die Pflegebedürftigkeit Folge einer Schädigung im Sinne des BVG ist, die notwendige Leistung an den Versicherten unvertretbar verzögern; Differenzen zwischen Krankenkasse und Versorgungsamt würden zu Lasten des betroffenen Bürgers ausgetragen. Von schädigungsbe-

dingten Aufwendungen wird die Krankenkasse nach dem neuen § 19 Abs. 3 BVG pauschalierend entlastet.

Zu 49. Artikel 1 § 52 Abs. 4 (Abgrenzung des Personenkreises der Schwerpflegebedürftigen durch Rechtsverordnung)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 50. Artikel 1 § 56 Abs. 2 (Pflege durch mehrere Familienmitglieder)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 51. Artikel 1 Drittes Kapitel Neunter Abschnitt und §§ 68, 68a, 69, 70, 142 (Fahrkosten, Leistungen des Rettungsdienstes)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie anerkennt, daß bei Leistungen des Rettungsdienstes die sachgerechte medizinische Betreuung während des Transports eine wichtige Rolle spielt.

Zu 52. Artikel 1 § 68 Abs. 2 Nr. 1 (Fahrkosten bei Krankenhausbehandlung)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 53. Artikel 1 § 69 nach Absatz 2 (Befreiung von der Zuzahlung für Arznei-, Verband- und Heilmittel bei Beziehern von Sozialhilfe)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag nicht zu. Die Härteklausel verhindert eine finanzielle Überforderung der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt; bei Festsetzung von Festbeträgen sind ohnehin keine Zuzahlungen zu leisten.

Zu 54. Artikel 1 § 69 Abs. 3 Satz 2 (Ermittlung der Einnahmen zum Lebensunterhalt bei Anwendung der Härteklausel)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 55. Artikel 1 § 69 nach Absatz 4, § 70 nach Absatz 3 (zulässige Angaben im Härtebescheid)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 56. Artikel 1 nach § 70 (Förderung von Einrichtungen)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag nicht zu. Sie ist der Auffassung, daß die Erprobungsregelung in § 75 ausreichende Möglichkeiten bietet und erst Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt werden sollten.

Zu 57. Artikel 1 § 71 Satz 1 (Zuständigkeit für Erprobungsregelungen)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 58. Artikel 1 § 71 Satz 1 (Prüfung der Zweckmäßigkeit von Erprobungsregelungen durch die Aufsichtsbehörde)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag. Sie sieht darin eine nicht erforderliche Beschränkung des Handlungsspielraums der Selbstverwaltung.

Zu 59. Artikel 1 § 73 nach Absatz 2 (Beitragsrückzahlung an Sozialhilfeträger)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag nicht zustimmen. Die Beitragsrückgewähr soll dem Versicherten einen Anreiz bieten, die Leistungen der Krankenkasse wirtschaftlich in Anspruch zu nehmen. Dieses Ziel wird nicht erreicht, wenn der Sozialhilfeträger in den Genuß der Beitragsrückzahlung kommt.

Zu 60. Artikel 1 vor § 77 (Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie weist aber darauf hin, daß in diesem Zusammenhang auch etwaige Rückwirkungen auf die Organisation der Krankenkassen zu berücksichtigen sind.

Zu 61. Artikel 1 § 78 Abs. 1 Satz 2 (Wirtschaftliche Versorgung der Versicherten)

Die Bundesregierung wird die Fassung der Vorschrift im weiteren Gesetzgebungsverfahren überprüfen.

Zu 62. Artikel 1 §§ 79, 150 (Beitragssatzstabilität und Krankenhausfinanzierung)

Die Bundesregierung geht davon aus, daß die angesprochene Frage in § 117 Abs. 4 Satz 3 abschließend geregelt ist. Sie verweist dazu auf die Begründung dieser Vorschrift.

Zu 63. Artikel 1 §§ 80, 90, 91 (Einbeziehung der Ersatzkassen in das Vertragsgeschehen auf Landesebene)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen; auf die Gegenäußerung zu Ziffer 60 wird Bezug genommen.

Zu 64. Artikel 1 § 81 Abs. 4 nach Satz 4 (Aufgaben der Hochschulkliniken)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 65. Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 1 (Beachtung der Preisvergleichsliste)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen. Auch nach ihrer Auffassung sollte die Preisvergleichsliste bei der Verordnung von Arzneimitteln beachtet werden. Sie hält jedoch eine Sollvorschrift, die eventuell auch auf die Transparenzliste Bezug nimmt, für ausreichend.

Zu 66. Artikel 1 § 81 Abs. 5 Satz 2 (Information des Patienten über Mehrkosten)

Die Bundesregierung wird den Änderungsvorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 67. Artikel 1 § 82 nach Satz 1 (Ermächtigung für die Erteilung notwendiger Informationen)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 68. Artikel 1 § 83 Abs. 3 (Vergütung der freien Heilfürsorge)

Die Bundesregierung wird die Vorschläge überprüfen. Sie ist der Auffassung, daß hinsichtlich a) jedenfalls zum Ausdruck kommen müßte, daß die Abrechnung unentgeltlich erfolgt. Die dem Vorschlag unter b) zugrunde liegende Auffassung, daß hierdurch Mehrkosten vermieden werden könnten, teilt die Bundesregierung nicht. Sie wird deshalb an der Lösung des Regierungsentwurfs festhalten. Eine bundeseinheitliche Regelung für die Vergütung der freien Heilfürsorge ist insbesondere für den Bund als Dienstherrn unverzichtbar.

Zu 69. Artikel 1 § 83 Abs. 5 (Weitere Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 70. Artikel 1 § 83 Abs. 6 Satz 3 (Betriebs- und Wirtschaftsführung)

Dem Vorschlag wird widersprochen. Es erscheint sinnvoll, den Kassenärztlichen Vereinigungen auch künftig den Erlaß ergänzender Richtlinien zur Rechnungsführung zu ermöglichen.

Zu 71. Artikel 1 § 87 Abs. 1, § 89 Abs. 1 Nr. 3 (Öffentlichkeit der Sitzungen der Vertreterversammlung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 72. Artikel 1 § 88 Abs. 2 (Wahl des Vorsitzenden der Vertreterversammlung und des Vorstands)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 73. Artikel 1 § 89 Abs. 1 nach Nummer 2 (Entschädigung für Organmitglieder)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 74. Artikel 1 § 89 Abs. 5 Satz 2 (Höchstdauer des Entzugs der Zulassung)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 75. Artikel 1 § 90 nach Absatz 3 (Vertragsausschüsse)

Die Bundesregierung folgt dem Vorschlag nicht. Sie hält paritätisch besetzte Vertragsausschüsse für entbehrlich.

Zu 76. Artikel 1 § 91 Abs. 2 Satz 1, nach Satz 2 (Unterrichtungen über Prüfungen)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Eine zwingend vorgeschriebene Unterrichtung wäre mit unvertretbarem Verwaltungsaufwand verbunden.

Zu 77. Artikel 1 § 91 Abs. 3 (Einbeziehung der Ersatzkassen in Plausibilitätskontrollen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 78. Artikel 1 § 96 Abs. 1, § 97 nach Absatz 6 (Vergütungen der Zahntechniker)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 79. Artikel 1 § 97 Abs. 4 Satz 2 (Besetzung des Schiedsamts)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 80. Artikel 1 § 97 nach Absatz 5 (Einbeziehung der Ersatzkassen in das Schiedswesen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 81. Artikel 1 § 100 Abs. 1 Satz 2 Nr. 10 und Abs. 5 (Medizinische Großgeräte)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 82. Artikel 1 § 100 Abs. 2 nach Satz 3 (Einbeziehung medizinischer und pharmazeutischer Sachverständiger)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag inhaltlich zu.

Zu 83. Artikel 1 § 100 Abs. 4 (Unterrichtung behinderter Versicherter)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 84. Artikel 1 § 102 Satz 3, § 222 Abs. 3 (Ersatzvornahme durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 85. Artikel 1 § 103 Abs. 6 nach Satz 2 (Befristeter Entzug von Zulassung und Ermächtigung)

Dem Vorschlag wird gefolgt.

Zu 86. Artikel 1 § 103 Abs. 8 nach Satz 1 (Klarstellung für Vertragsärzte)

Dem Vorschlag wird gefolgt.

Zu 87. Artikel 1 § 113 Abs. 1 Satz 2 (Einvernehmen zum Betrieb von Eigeneinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung)

Der Vorschlag wird geprüft.

Zu 88. Artikel 1 § 114 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 Satz 1 (Einbeziehung der Ersatzkassen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 89. Artikel 1 § 114 Abs. 2 (Gemeinsame Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Dem Vorschlag wird insoweit gefolgt, als gemeinsame Regelungen zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit vorgeschlagen werden. Satz 3 soll dagegen nicht übernommen werden, um bestehende Sonderregelungen in den Prüfvereinbarungen auch künftig zu ermöglichen.

Zu 90. Artikel 1 § 114 Abs. 5 (Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Polikliniken)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Die Aufwendungen für Lehre und Forschung dürfen aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht ausgeklammert werden, weil sie in engem Zusammenhang mit der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung stehen.

Zu 91. Artikel 1 § 115 Abs. 1 Nr. 2 (Definition des Krankenhauses)

Die Bundesregierung kann dem Vorschlag, in der Begriffsbestimmung des Krankenhauses den Begriff des „Versorgungsauftrages" durch den der „Aufgabenstellung" des Krankenhauses zu ersetzen, nicht zustimmen. Der Versorgungsauftrag erfaßt nicht nur die Aufgabenstellung, sondern auch die für die Patientenversorgung erforderliche Leistungsfähigkeit des Krankenhauses. Er erfordert daher durch seinen Bezug auf die Versorgung der Versicherten (in Übereinstimmung mit dem Anliegen des Bundesrates) eine leistungsfähige und zugleich wirtschaftliche Krankenhausbehandlung.

Zu 92. Artikel 1 § 115 (Einheitlicher Krankenhausbegriff)

Die Bundesregierung stimmt dem in der Prüfungsbitte enthaltenen Anliegen zu. Sie wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren darauf hinwirken, daß der Krankenhausbegriff des § 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) an die Legaldefinitionen in Artikel 1 § 115 angepaßt wird.

Zu 93. Artikel 1 § 116 (Verbindlichkeit der Planaufnahmebescheide für die Krankenkassen)

Die Bundesregierung widerspricht dem Änderungsvorschlag.

Der Aufnahmebescheid nach § 8 Abs. 1 Satz 2 KHG kann nach den insoweit übereinstimmenden Verwaltungsverfahrensgesetzen des Bundes und der Länder gegenüber den als Pflegesatzparteien betroffenen Krankenkassen erst wirksam werden, wenn er ihnen bekanntgegeben und — gegebenenfalls nach Ausschöpfung der einschlägigen Rechtsbehelfe — auch ihnen gegenüber rechtswirksam geworden ist. Der

Umfang der Bindungswirkung eines bestandskräftigen Aufnahmebescheides ergibt sich bereits aus Artikel 1 §§ 117 und 118 des Gesetzentwurfs.

Zu 94. Artikel 1 § 117, § 118 Abs. 1, 2 (Beschränkung des Krankenhaus-Kündigungsrechts auf Vertragskrankenhäuser)

Die Bundesregierung widerspricht dem Änderungsvorschlag.

Mit dem Vorschlag wird die im Regierungsentwurf den Landesverbänden der Krankenkassen eingeräumte Möglichkeit, Krankenhäusern, die nicht mehr den gesetzlichen Anforderungen (§ 117 Abs. 3 Satz 1) entsprechen, ganz oder teilweise den Versorgungsvertrag aufzukündigen, einseitig auf die sog. Vertragskrankenhäuser beschränkt. Damit behalten die Hochschulkliniken und die sog. Plankrankenhäuser einen Bestandsschutz, der nicht nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung den notwendigen Bettenabbau behindert, sondern dem Gleichbehandlungsgrundsatz und dem in § 1 KHG verankerten Grundsatz der Vielfalt der Krankenhausträger widerspricht.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung trägt der besonderen Verantwortung der Länder für die Krankenhausplanung und die Krankenhausfinanzierung dadurch hinreichend Rechnung, daß er die Wirksamkeit der Kündigung von der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde abhängig macht.

Zu 95. Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 1 (Kündigung von Versorgungsverträgen durch Landesverbände der Krankenkassen „gemeinsam")

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 96. Artikel 1 § 118 Abs. 1 Satz 2 (Kündigung von Versorgungsverträgen bei nicht nur vorübergehenden Kündigungsgründen)

Die Bundesregierung stimmt der vorgeschlagenen Änderung im Grundsatz zu. Sie hält es jedoch für erforderlich, die vorgelegte Formulierung im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu prüfen.

Zu 97. Artikel 1 § 118 Abs. 2 (Genehmigungsvorbehalt bei Kündigung von Hochschulkliniken)

Die Bundesregierung stimmt der vorgeschlagenen Änderung zu.

Zu 98. Artikel 1 § 121 Abs. 1 nach Satz 2 (Sonderstellung kommunaler Krankenhäuser bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen)

Die Bundesregierung stimmt der vorgeschlagenen Ergänzung des § 121 Abs. 1 nicht zu.

Der vorgeschlagene Sonderstatus zugunsten der kommunalen Krankenhäuser bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung widerspricht dem Grundsatz der Vielfalt und Gleichbehandlung der freigemeinnützigen, privaten und öffentlichen Krankenhausträger.

Entgegen der Begründung des Änderungsvorschlags wird die Gesetzgebungskompetenz der Länder durch die von der Bundesregierung vorgeschlagene Regelung der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht berührt. Diese betrifft in ihren Gegenständen und Auswirkungen ausschließlich Fragen der stationären Versorgung von Kassenpatienten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, für die die Gesetzgebungskompetenz beim Bund liegt. Die Befugnis die Länder, Krankenhäuser im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die Krankenhausplanung und Investitionsförderung nach dem KHG überprüfen zu lassen, wird dadurch nicht berührt.

Zu 99. Artikel 1 § 121 nach Absatz 4 (Ausdehnung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Die Bundesregierung wird den Ergänzungsvorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 100. Artikel 1 § 122 Abs. 4 (Aufsicht über die Geschäftsführung der Landesschiedsstelle)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 101. Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 vor Nr. 1 (Einweisung in geeignete Krankenhäuser als Gegenstand dreiseitiger Verträge und Rahmenempfehlungen)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 102. Artikel 1 § 123 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 (Förderung des Belegarztwesens im Rahmen der dreiseitigen Verträge und Empfehlungen)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag, die Förderung des Belegarztwesens und der Behandlung in Praxiskliniken aus dem vertraglichen Regelungskatalog der Selbstverwaltung der Beteiligten nach Artikel 1 § 123 herauszunehmen. Die Förderung dieser Einrichtungen erscheint nicht nur im Interesse einer „nahtlosen" ambulanten und stationären Behandlung der Patienten, sondern auch aus Kostengründen geboten.

Entgegen der Auffassung des Bundesrates wird die Krankenhausplanungskompetenz der Länder durch die in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgeschlagene Selbstverwaltungsregelung nicht berührt. Dabei geht die Bundesregierung davon aus, daß es nicht Aufgabe der Krankenhausplanung ist, die interne Struktur des Krankenhauses zu regeln.

Der Verantwortung der Länder für die Planung und Finanzierung der Krankenhausinvestitionen wird in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung dadurch Rechnung getragen, daß die dreiseitigen Verträge nach Artikel 1 § 123 von den Landesverbänden der Beteiligten auf Landesebene abzuschließen sind, von denen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Landesverbände der Krankenkassen als öffentlichrechtliche Körperschaften der Aufsicht der zuständigen Landesbehörden unterliegen.

Zu 103. Artikel 1 § 123 Abs. 4 (Streichung der subsidiären Konfliktlösung durch den Verordnungsgeber bei dreiseitigen Verträgen)

Die Bundesregierung widerspricht der vorgeschlagenen Streichung der subsidiären Konfliktlösung durch den Verordnungsgeber.

Die in dem Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgeschlagene „Ersatzvornahme" durch Rechtsverordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung ist an die Zustimmung des Bundesrates gebunden. Sie betrifft nur diejenigen Länder, in denen bis Ende 1990 keine von den Beteiligten vereinbarten oder von der Landesschiedsstelle festgesetzten dreiseitigen Verträge zustandegekommen sind.

Zu 104. Artikel 1 § 124 (Einbeziehung von Notfall-Ambulanzen in den Versorgungsauftrag der Krankenhäuser)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte im weiteren Gesetzgebungsverfahren nachkommen.

Zu 105. Artikel 1 §§ 125, 129 Abs. 1 Satz 1 (Ermächtigung von Polikliniken)

Die Bundesregierung wird im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen, ob den zu Satz 1 und 2 vom Bundesrat vorgeschlagenen Änderungen Rechnung getragen werden kann.

Zu 106. Artikel 1 nach §§ 126, 93 nach Absatz 2, § 103 Abs. 1 Satz 1 (Ermächtigung von ärztlich geleiteten Pflege- und Behindertenheimen zur ambulanten ärztlichen Behandlung)

Die Bundesregierung stimmt der vom Bundesrat vorgeschlagenen Erweiterung nicht zu. Die Vorschrift läuft in der Praxis auf eine Einschränkung der freien Arztwahl der in Pflege- und Behindertenheimen untergebrachten Personen hinaus.

Zu 107. Artikel 1 § 127 Abs. 1 (Ermächtigung von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag, Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung ohne Bedarfsprüfung zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Der Gesetzentwurf der Bundesregierung entspricht in diesem Punkt dem geltenden Recht (§ 368n Abs. 6 Satz 3 RVO). Es besteht kein Grund, von dieser bewährten Regelung abzuweichen.

Zu 108. Artikel 1 § 127 nach Absatz 2 (Erstreckung der Ermächtigung auf Pflegefälle in psychiatrischen Krankenhäusern)

Die Bundesregierung wird den Ergänzungsvorschlag des Bundesrates im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 109. Artikel 1 § 128 (Zulassung oder Ermächtigung von Frühfördereinrichtungen)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen.

Zu 110. Artikel 1 nach § 128 (Anwendbarkeit der Vorschriften über die ambulante Krankenhausbehandlung auf die vertragsärztliche Versorgung)

Die Bundesregierung wird die vom Bundesrat vorgeschlagene Einfügung eines neuen § 128a (Anwendbarkeit auf die vertragsärztliche Versorgung) im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 111. Artikel 1 nach § 128 (Beteiligung der Ersatzkassen an den Zulassungsausschüssen)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen.

Zu 112. Artikel 1 § 129 Abs. 1 und 3 (Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen)

Die Bundesregierung wird die Änderungsvorschläge im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 113. Artikel 1 § 129 Abs. 3 Satz 2 (Vergütung der poliklinischen Leistungen)

Die Bundesregierung widerspricht den vorgeschlagenen Änderungen. Diese führen nicht nur bei den Polikliniken, sondern auch bei öffentlich geförderten Krankenhäusern zu einer Doppelfinanzierung der für die Krankenhausambulanzen aufgewendeten Investitionen, zum einen aus öffentlichen Steuermitteln, zum anderen über den Investitionskostenanteil in den kassenärztlichen Gebühren.

Zu 114. Artikel 1 § 129 Abs. 4 (Konfliktlösung über Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen durch Schiedsstelle nach Artikel 1 § 122)

Die Bundesregierung widerspricht schon aus Gründen eines möglichst geringen Verwaltungsaufwands der vorgeschlagenen Übertragung der Konfliktlösung auf die Schiedsstelle nach Artikel 1 § 122. Die Schiedstätigkeit in diesem Bereich erfordert keine personell, organisatorisch und finanziell für einen permanenten Arbeitseinsatz ausgestattete Einrichtung.

Die Schiedsstellen nach § 18a KHG sind dagegen mit einem bei weitem geringeren zusätzlichen Aufwand als die Schiedsstellen nach Artikel 1 § 122 in der Lage, auch die Konfliktlösung im Bereich der Vergütung der ambulanten Krankenhausleistungen zu übernehmen. Sie sind überdies bereits in allen Bundesländern eingerichtet, können also sofort mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes tätig werden.

Zu 115. Artikel 1 § 130 Abs. 1 und 2 (Streichung der Förderung des kooperativen Belegarztwesens)

Die Bundesregierung widerspricht aus den bereits zu Nummer 102 ausgeführten Gründen der vorgeschlagenen Streichung.

Der Belegarztabschlag von 5 Prozent auf den Rechnungsbetrag für allgemeine Krankenhausleistungen ist mit Zustimmung des Bundesrates durch die Bundespflegesatzverordnung von 1985 (§ 8 BPflV) eingeführt worden. Im Verordnungsverfahren stimmten Bundesregierung und Bundesrat darin überein, daß es sich bei diesem Abschlag um einen Durchschnittswert handle, „der trotz der unterschiedlichen Struktur der einzelnen Krankenhäuser, insbesondere des zahlenmäßigen Verhältnisses von Anstalts- und Belegabteilungen und ihrer Größe, im Interesse der Vereinfachung für die Praxis angemessen" sei (vgl. BR-Drucksache 224/85 zu § 8 BPflV). Die zur Begründung des Änderungsvorschlags aufgestellte gegenteilige Behauptung ist ohne konkreten Zahlennachweis nicht überzeugend.

Zu 116. Artikel 1 § 131 Abs. 2 (Bestimmung der Zuständigkeiten des Großgeräteausschusses)

Die Bundesregierung wird den Änderungsvorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 117. Artikel 1 § 131 (Beteiligung der Hochschulkliniken im Großgeräteausschluß)

Die Bundesregierung wird den Änderungsvorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 118. Artikel 1 § 131 Abs. 5, Artikel 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 Satz 1 SGG) (Streichung des Rechtsweges gegen Entscheidungen des Großgeräteausschusses)

Die Bundesregierung wird die vorgeschlagenen Streichungen im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 119. Artikel 1 § 131 nach Absatz 5 (Erstreckung der Vorschriften über die Großgeräteabstimmung auf Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen)

Die Bundesregierung wird die vorgeschlagene Einbeziehung der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in die Regelungen über die „Medizinisch-technischen Großgeräte" im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 120. Artikel 1 § 133 Abs. 3 letzter Halbsatz (Abgabe von Heilmitteln durch Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und ihnen vergleichbare Einrichtungen)

Die Bundesregierung wird den Änderungsvorschlag prüfen.

Zu 121. Artikel 1 § 138 nach Absatz 5, § 140 nach Absatz 3 (Übermittlung von Daten an den Bundesausschuß und die Spitzenverbände der Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird die Änderungsvorschläge prüfen.

Zu 122. Artikel 1 § 139 Abs. 2 nach Satz 1 (Bemessung des Rabatts der Apotheken an die Krankenkassen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 123. Artikel 1 nach § 141 (Vertrag über die Voraussetzungen für die Lieferberechtigung der Zahntechniker im Rahmen der kassenzahnärztlichen Versorgung)

Kassenspezifische Lieferberechtigungen für Zahntechniker hält die Bundesregierung nicht für erforderlich, da die Qualität der zahntechnischen Leistungen durch den behandelnden Zahnarzt überprüft wird.

Zu 124. Artikel 1 § 144 Abs. 4 nach Satz 1 (Vereinbarung einheitlicher Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz)

Die Bundesregierung stimmt dem Änderungsvorschlag zu.

Zu 125. Artikel 1 § 144 Abs. 5 (Erbringung zahntechnischer Leistungen in praxiseigenen Labors)

Die vorgeschlagenen Änderungen sind nach Auffassung der Bundesregierung entbehrlich.

Der Regierungsentwurf sieht eine Verpflichtung der Kassen- und Vertragszahnärzte vor, der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Angaben zur personellen und technischen Ausstattung eines von ihnen betriebenen praxiseigenen Labors mitzuteilen. Deshalb bedarf es keiner gesonderten Anzeige solcher Einrichtungen.

Die nach § 144 Abs. 4 des Regierungsentwurfs zu vereinbarenden einheitlichen Qualitätskriterien für die Versorgung mit Zahnersatz stellen sicher, daß auch zahntechnische Leistungen, die in praxiseigenen Labors erbracht werden, den einheitlichen Qualitätsanforderungen genügen.

Zu 126. Artikel 1 § 150 nach Absatz 2 (Konzertierte Aktion)

Die Bundesregierung spricht sich gegen die vorgeschlagene Ergänzung aus. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen müssen grundsätzlich auch für die Krankenhäuser gelten. § 117 Abs. 4 stellt sicher, daß der Selbstkostendeckungsgrundsatz nach § 4 Satz 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes davon unberührt bleibt.

Zu 127. Artikel 1 § 152 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 (Anpassung der Bezirke der Ortskrankenkassen an die Bezirke der Gebietskörperschaften)

Die Bundesregierung wird den Änderungsvorschlag prüfen.

Zu 128. Artikel 1 § 153 Abs. 1 Satz 1 (Beschränkung der Möglichkeiten freiwilliger Vereinigungen von Ortskrankenkassen)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt. Mit den Regelungen des Regierungsentwurfs soll die Bildung größerer Risikogemeinschaften erleichtert werden, um die Möglichkeit zum Abbau von Beitragssatzunterschieden zu erweitern. Ortskrankenkassen sollen sich deshalb auch über Ländergrenzen hinweg freiwillig vereinigen können.

Zu 129. Artikel 1 § 154 Abs. 1 Nrn. 1, 2 (Absenkung der Bedarfssatzschwelle für die Vereinigung von Ortskrankenkassen auf Antrag)

Dem Vorschlag wird nicht zugestimmt. Der festgelegte Schwellenwert für die Vereinigung von Ortskrankenkassen auf Antrag einer Ortskrankenkasse ist Bestandteil eines Stufenplanes. Danach kommt die Zwangsvereinigung nur als letztes Mittel zur Behebung erheblicher Bedarfssatzabweichungen in Betracht. Vorrangig sind die in §§ 275, 276 des Regierungsentwurfs vorgesehenen Möglichkeiten kassenarteninterner Finanzausgleiche zu nutzen. Eine Herabsetzung des Schwellenwertes wäre mit diesem Stufenplan nicht vereinbar.

Zu 130. Artikel 1 § 166 nach Absatz 2, § 168 Abs. 1 Satz 3, § 169 Abs. 1 Satz 3, § 184 Abs. 1 Satz 1, § 184 Abs. 2 Satz 2, nach Artikel 57 (Begrenzung des Zuständigkeitsbereichs von Innungskrankenkassen auf das Gebiet eines Bundeslandes)

Dem Änderungsvorschlag wird nicht zugestimmt. Die Bundesregierung beabsichtigt, die notwendige Reform des Organisationsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem weiteren Reformschritt zu verwirklichen, der noch in dieser Legislaturperiode in Angriff genommen werden soll. Die Änderungsvorschläge des Bundesrats zum Organisationsrecht werden in die Vorarbeiten für diese Reform einbezogen.

Zu 131. Artikel 1 § 171 Satz 1 (Verzicht auf die Anhörung der Gesellenausschüsse bei der Errichtung von Innungskrankenkassen)

Dem Änderungsvorschlag wird im Hinblick auf die vorgesehene Organisationsrechtsreform nicht zugestimmt (vgl. Ausführungen zu Nummer 130).

Zu 132. Artikel 1 § 194 Abs. 2 Nr. 3 (Eingrenzung der Kassenwahlrechte für freiwillige Mitglieder)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Die Frage einer Erweiterung von Kassenwahlrechten soll jedoch im Rahmen der vorgesehenen Organisationsrechtsreform erneut geprüft werden.

Zu 133. Artikel 1 § 203 Abs. 2 (Anforderungen an den Inhalt von Satzungsbestimmungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 134. Artikel 1 § 216 Abs. 3 (Länderübergreifende Landesverbände)

Die Bundesregierung hält am Regierungsentwurf fest.

Zu 135. Artikel 1 § 220 Abs. 2 (Aufgaben der Landesverbände)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, weil er die wünschenswerte Wahrnehmung der Interessen der Krankenkassen behindert.

Zu 136. Artikel 1 § 220 Abs. 2 Nr. 8 (Aufgaben der Landesverbände bei automatischer Datenverarbeitung)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 137. Artikel 1 § 222 Abs. 4 (Bildung von Arbeitsgemeinschaften)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 138. Artikel 1 § 226 Abs. 1 (Redaktionelle Änderung)

Dem Vorschlag wird gefolgt.

Zu 139. Artikel 1 § 226 Abs. 2 (Aufgaben der Bundesverbände)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab, weil er die wünschenswerte Wahrnehmung der Interessen der Landesverbände behindert.

Zu 140. Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 4 (Zuständigkeit bei Kompetenzkonflikten)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag überprüfen.

Zu 141. Artikel 1 § 226 Abs. 2 Nr. 9 (Automatische Datenverarbeitung bei Bundesverbänden)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 142. Artikel 1 § 226 Abs. 3 (Grundsatzentscheidungen der Bundesverbände)

Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß den Bundesverbänden die Kompetenz für Grundsatzentscheidungen vorbehalten bleiben sollte.

Zu 143. Artikel 1 § 227 (Regionale Kassenverbände)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 144. Artikel 1 § 228 (Arbeitsgemeinschaft auf Landesebene)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag, auch etwaige Konsequenzen auf der Bundesebene, prüfen.

Zu 145. Artikel 1 § 275 Abs. 1 (Absenkung des Schwellenwertes für die Einleitung des kassenarteninternen Finanzausgleichs auf Landesebene)

Der Änderung wird nicht zugestimmt. Durch die Senkung des Schwellenwertes für das Ausgleichsverfahren würde die Zahl der ausgleichsberechtigten Kassen unvertretbar ansteigen.

Zu 146. Artikel 1 nach § 282, Artikel 5 Nr. 2, Artikel 24, Artikel 70 nach Absatz 2 (Übertragung der Aufgabe der Prüfung der Krankenkassen auf die Aufsichtsbehörden der Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 147. Artikel 1 § 284 Abs. 1 (Einwilligung der Versicherten zur Weitergabe von Unterlagen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 148. Artikel 1 § 284 Abs. 2 (Befugnis zum Betreten von Krankenhäusern)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte nachkommen.

Zu 149. Artikel 1 § 286 (Datenschutz beim Medizinischen Dienst)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte des Bundesrates nachkommen.

Zu 150. Artikel 1 § 287 Abs. 6 (Verwaltungsrat)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 151. Artikel 1 § 289 Abs. 3 Satz 2 (Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag zur Prüfung der Geschäfts-, Rechnungs- und Betriebsführung in Zusammenhang mit dem Vorschlag zu Ziffer 146 der Stellungnahme des Bundesrates prüfen. Der Verweisung auf § 88 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch stimmt sie zu.

Zu 152. Artikel 1 § 293 Abs. 1 Satz 2 (Angaben über Leistungsvoraussetzungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 153. Artikel 1 § 294 Abs. 1 (Aufzeichnung verordneter Leistungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 154. Artikel 1 § 295 (Datenübersicht)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen.

Zu 155. bis 159. Artikel 1 §§ 296 bis 298 (Aufbewahrungsfristen bei Krankenkassen, Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Versichertennummer)

Die Bundesregierung stimmt den Änderungsvorschlägen zu.

Zu 160. Artikel 1 § 303 Abs. 1 (Vereinbarungen über die Leistungsabrechnung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 161. Artikel 1 § 303 nach Abs. 1 (Vereinbarung abweichender Regelungen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im Laufe des weiteren Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 162. Artikel 1 § 304 nach Nummer 4, § 305 (Datenübermittlung für Stichprobenprüfungen)

Den Vorschlägen wird zugestimmt.

Zu 163. Artikel 1 § 304 Abs. 1 — neu — (Umfang der Datenübermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie bezweifelt jedoch, daß die aus datenschutzrechtlichen Gründen und aus Gründen der Rechtsklarheit bestehenden Bedenken gegen die vorgeschlagene umfassende Datenübermittlung ausgeräumt werden können.

Zu 164. Artikel 1 § 305 (Datenübermittlung bei Überweisungsfällen)

Die Bundesregierung hält es nicht für erfolgversprechend, nochmals zu prüfen, ob auf die Übermittlung der Überweisungen auf maschinell lesbaren Datenträgern verzichtet werden kann. Sie geht davon aus, daß auch in Überweisungsfällen die notwendige Transparenz ermöglicht werden muß.

Zu 165. Artikel 1 § 308 vor Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 (Übermittlung von Abrechnungsdaten durch Apotheken an die Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen, ob dem Vorschlag entsprochen werden kann. Dabei wird insbesondere zu prüfen sein, ob die vorgeschlagene gesetzliche Regelung des Übermittlungsverfahrens den Erfordernissen der Praxis ebenso Rechnung zu tragen vermag wie die vorgesehene vertragliche Regelung im Rahmen der Arzneimittelabrechnungsvereinbarung.

Zu 166. Artikel 1 § 308 Abs. 1 (Arzneimittelabrechnungsvereinbarung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 167. Artikel 1 § 309 Abs. 2 (Form der Datenübermittlung durch sonstige Leistungserbringer)

Die Bundesregierung hält die vorgeschlagene Ergänzung nicht für erforderlich. Aus der Fassung des Regierungsentwurfs ergibt sich, daß die sonstigen Leistungserbringer zur Übermittlung der für die Abrechnung benötigten Daten auf maschinell verwertbaren Datenträgern nur verpflichtet werden, soweit sie zu einer solchen Übermittlung tatsächlich in der Lage sind.

Zu 168. Artikel 1 § 310 Abs. 1 Satz 2, nach Abs. 1, Abs. 2 (Voraussetzungen über die Erhebung personenbezogener Daten durch die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 169. Artikel 1 § 310 Abs. 2 (Verwendung personenbezogener Daten durch die Krankenkassen)

Die Bundesregierung wird der Prüfungsbitte entsprechen.

Zu 170. Artikel 1 § 310 Abs. 2 (Datenschutz für Beschäftigte einer Krankenkasse)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 171. Artikel 1 § 312 Abs. 1 (Forschungsvorhaben)

Der vorgeschlagenen Ergänzung wird zugestimmt.

Zu 172. Artikel 1 § 312 Überschrift, nach Absatz 2 (Weiterverwendung anonymisierter Daten für Forschungsvorhaben)

Die Bundesregierung wird die vorgeschlagene Ergänzung im weiteren Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens prüfen.

Zu 173. Artikel 3 vor Nummer 13 (§ 79 SGB IV — länderbezogene Erstellung von Geschäftsübersichten und Statistiken der Versicherungsträger)

Die Bundesregierung hat das Anliegen einer länderbezogenen Aufgliederung von Geschäftsübersichten und Statistiken der bundesunmittelbaren Versicherungsträger, das schon früher von einzelnen Bundesländern an das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung herangetragen wurde, geprüft. Eine über den heutigen Umfang hinausgehende länderbezogene Aufgliederung würde zu einem unvertretbaren Verwaltungsmehraufwand nicht nur bei diesen Versicherungsträgern, sondern auch bei den Leistungserbringern und den überregionalen Beitragszahlern führen. Dies ist mit den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit nicht vereinbar.

Die Bundesregierung weist darauf hin, daß von den Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen bereits heute länderbezogene Geschäftsübersichten und Statistiken erstellt und u. a. den Ländern zur Verfügung gestellt werden. Sie sieht daher keine Notwendigkeit, dies gesetzlich zu regeln. Im übrigen könnte eine solche Regelung nicht im Vierten, sondern nur im Fünften Buch Sozialgesetzbuch getroffen werden.

Zu 174. Artikel 4 (SGB X — allgemeine Regelung zur Datenverarbeitung für alle Sozialleistungsträger)

Die Bundesregierung hat das Anliegen geprüft. Sie gibt zu bedenken, daß das Bundesdatenschutzgesetz auch nach der geplanten Novellierung nur auf Daten in Dateien Anwendung findet. Daher ist hinsichtlich der Datenverwendung in Artikel 4 eine lediglich auf Dateien bezogene bereichsspezifische Regelung für Sozialdaten getroffen worden. Eine Regelung der Datenverwendung außerhalb von Dateien sollte nicht isoliert im Sozialgesetzbuch angestrebt werden.

Zu 175. Artikel 4 Abs. 2 Nr. 1 (§ 96 Abs. 3 SGB X — Zentraldatei für Unfallversicherungsträger)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie weist jedoch darauf hin, daß die Verbände von Sozialleistungsträgern, unabhängig davon, ob sie öffentlich-rechtlich oder privatrechtlich organisiert sind, den gleichen Datenschutznormen wie die Versicherungsträger selbst unterliegen. Auch finden auf die Bundesverbände, selbst wenn sie die Rechtsform eines eingetragenen Vereins haben, die Kontrollbestimmungen für öffentliche Stellen nach dem Bundesdatenschutzgesetz Anwendung (§ 79 SGB X in Verbindung mit den §§ 7 und 19 BDSG).

Zu 176. Artikel 5 Nr. 1 (§ 343 RVO — Verpflichtung der Krankenkassen zur Auskunftserteilung gegenüber den Gewerbeaufsichtsämtern)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag prüfen.

Zu 177. Artikel 7 (§ 2 Abs. 3 Satz 3 KVLG — Ehegatten als Mitunternehmer eines landwirtschaftlichen Unternehmens)

Die Bundesregierung teilt die Auffassung des Bundesrates, daß von Ehegatten, die gemeinsam ein landwirtschaftliches Unternehmen betreiben, auch derjenige überwiegend der Leiter des landwirtschaftlichen Unternehmens sein kann, der gleichzeitig einer versicherungspflichtigen Beschäftigung im außerlandwirtschaftlichen Bereich nachgeht. Die in der Begründung dargelegte Auslegungsvermutung widerspricht dem nicht; maßgebend sind die Umstände des Einzelfalls.

Zu 178. Artikel 7 (§ 17 nach Satz 1 KVLG — Verträge zur Sicherstellung der Versorgung mit Betriebshilfe)

Dem Vorschlag wird inhaltlich zugestimmt.

Zu 179. Artikel 7 (§ 36 Abs. 2, § 50 Abs. 2 Satz 2, § 52 Nr. 1 KVLG — Übernahme der Verwaltungskosten für die Krankenversicherung der Altenteiler durch den Bund)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zur Änderung des geltenden Rechts nicht zu. Gegen den Vorschlag bestehen finanzverfassungsrechtliche Bedenken aus Artikel 104a GG. Im übrigen wäre die vorgeschlagene Änderung auch sachlich nicht gerechtfertigt, da auch in der allgemeinen Krankenversicherung die Aktiven einer Krankenkasse mit den Verwaltungskosten der Rentner belastet werden.

Zu 180. Artikel 17 Nr. 4 Buchstabe b (§ 3 Abs. 3 Satz 3 ZO-Ärzte — Anrechnung auf die Vorbereitungszeit)

Die Bundesregierung lehnt den Vorschlag ab. Sie ist der Auffassung, daß eine Anrechnung nur erfolgen kann, wenn die Zeiten als Arzt im Praktikum in den für die Allgemeinpraxis wichtigen Fächern abgeleistet wurden. Der Vorschlag würde im Ergebnis zu einer Verkürzung der Vorbereitungszeit auf sechs Monate führen. Die erforderliche Qualifikation des Kassenarztes kann auf diese Weise nicht sichergestellt werden.

Zu 181. Artikel 17 nach Nr. 6 (§ 9 Abs. 2 ZO-Ärzte — Einsichtnahme in das Arztregister)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 182. Artikel 17 Nr. 21 (Anlage ZO-Ärzte — Muster für das Arztregister)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 183. Artikel 18 nach Nr. 5 (§ 9 Abs. 2 ZO-Zahnärzte — Einsichtnahme in das Zahnarztregister)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 184. Artikel 18 Nr. 19 (Anlage ZO-Zahnärzte — Muster für das Zahnarztregister)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 185. Artikel 21 Nr. 3 (§ 9 Abs. 2 KHG — Umwidmung von Krankenhäusern als besonderer Fördertatbestand)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen. Sie wird dabei auch zu berücksichtigen haben, ob die Förderung der Umwandlung von Akutbetten in Pflegebetten auch auf andere Weise erfolgen kann.

Zu 186. Artikel 21 nach Nummer 3 (§ 17 Abs. 4a KHG — Pflegesatzfinanzierung der „theoretischen" Unterrichtskosten für nichtärztliche Gesundheitsberufe)

Die Bundesregierung widerspricht dem Änderungsvorschlag:

1. Im Zuge des Krankenhaus-Neuordnungsgesetzes (KHNG) von 1984 haben die Länder dem Auslaufen der Pflegesatzfinanzierung für den theoretischen Teil der Ausbildung in nichtärztlichen Gesundheitsberufen zugestimmt. Es gibt keinen Grund dafür, daß die Länder sich jetzt von dieser auch im Interesse der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung notwendigen Vereinbarung mit dem Bund lösen.
2. Die ganzheitliche Ausbildung wird durch die Trennung in praktische und theoretische Ausbildungsteile nicht verändert. Daß diese Abgrenzung in der Praxis unproblematisch ist, zeigt das Beispiel Bayerns, wo schon beide Ausbildungsteile kostenmäßig getrennt sind.
3. Das in der Begründung zu dem Änderungsantrag angeführte Gutachten von Professor Dr. Isensee bietet keine wesentlich neuen Argumente. Es beantwortet insbesondere nicht die Frage, warum die Finanzierung der Ausbildungskosten für nichtärztliche Gesundheitsberufe anders behandelt werden soll als in den übrigen Ausbildungsberufen.

Zu 187. Artikel 21 Nr. 4 (§ 18 Abs. 1 KHG — Zustimmung der Krankenkassenverbände zu Pflegesatzvereinbarungen)

Die Bundesregierung widerspricht der vorgeschlagenen Streichung des Zustimmungsvorbehalts.

Nach dem seit 1986 geltenden neuen Pflegesatzrecht bestimmen der Krankenhausträger und die vor Ort betroffenen Sozialleistungsträger, in erster Linie also die Krankenkassen, in der Pflegesatzvereinbarung das von der gesetzlichen Krankenversicherung zu zahlende Leistungsangebot des einzelnen Krankenhauses. Durch den Zustimmungsvorbehalt zugunsten der Landesverbände der Krankenkassen wird sichergestellt, daß bei dieser vertraglichen Festlegung des Leistungsangebots und des dafür zu zahlenden Preises die über die Interessen der örtlichen Vertragsparteien hinausgehenden Belange einer leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung der Versicherten berücksichtigt werden.

Zu 188. Artikel 21 Nr. 6 (§ 28 KHG — Einbeziehung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die für Krankenhäuser geltenden Auskunftspflichten)

Die Bundesregierung widerspricht dem Vorschlag des Bundesrates:

1. Die Vergütung der medizinischen Leistungen zur Vorsorge oder Rehabilitation wird zwischen dem Träger der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung und den Krankenkassen frei vereinbart (Artikel 1 § 119 Abs. 5). Anders als bei den Krankenhäusern ist eine staatliche Genehmigung der vereinbarten Entgelte (Pflegesätze) nicht vorgesehen. Es ist daher kein sachlicher Grund ersichtlich, diese Einrichtungen durch eine Erweiterung des § 28 Abs. 1 KHG zu verpflichten, dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung sowie den für die Genehmigung der Krankenhauspflegesätze zuständigen Länderbehörden Auskünfte über die „Umstände zu erteilen, die für die Beurteilung der Bemessung und Entwicklung der Pflegesätze nach

diesem Gesetz (d. i. dem KHG) benötigt werden".

2. Das gleiche gilt für die vom Bundesrat zu § 28 Abs. 2 KHG vorgeschlagene Verpflichtung der Statistischen Landesämter, die von jenen Einrichtungen ausgefüllten Erhebungsbögen in nicht anonymisierter Form für Zwecke der Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung nach dem KHG an die dafür zuständigen Landesbehörden weiterzuleiten. Diese Einrichtungen unterliegen weder der staatlichen Planung, noch werden sie von den Ländern finanziert. Sie können deshalb nicht zur Bereitstellung offener Planungs- und Finanzierungsdaten verpflichtet werden.

Dem öffentlichen Interesse an statistischen (anonymisierten) Daten über diesen Bereich (im Vergleich zu den Krankenhäusern) wird durch die Einbeziehung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in die Krankenhausstatistik ausreichend Rechnung getragen.

Zu 189. Artikel 29 Nr. 3 (§ 51 Abs. 2 SGG — Rechtsstreitigkeiten, die die Planung, Förderung, Errichtung, Einrichtung oder Ausstattung von Krankenhäusern betreffen)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 190. Artikel 35 Nr. 1 Buchstabe a (§ 10 Abs. 6 BVG — Übernahme der Leistungen nach Artikel 1 §§ 65 und 66 in den Leistungsumfang nach dem Bundesversorgungsgesetz)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 191. Artikel 35 Nr. 3 nach Buchstabe a (§ 12 Abs. 2 Satz 2 BVG — Aufhebung des Ausschlusses von Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz für Angehörige und Hinterbliebene bei Leistungen der Krankenkassen zur Versorgung mit Zahnersatz)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Nach dem Regierungsentwurf bleibt der Anspruch auf die vollständige Sachleistung Zahnersatz bei Schädigungsfolgen und für Schwerbeschädigte auch bei Nichtschädigungsfolgen aus entschädigungsrechtlichen Gründen aufrechterhalten; auch der hohe Leistungsstand (80 v. H. Zuschuß) bei Zahnersatz für nach dem Bundesversorgungsgesetz krankenbehandlungsberechtigte Angehörige und Hinterbliebene, die nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung werden konnten, bleibt bestehen. Es würde dem System des Krankenbehandlungsrechts nach dem Bundesversorgungsgesetz jedoch widersprechen, Leistungen der Krankenkassen für ihre Versicherten aufzustocken. Dies würde im übrigen im Falle des § 12 Abs. 2 BVG auch zu einer Mehrbelastung des Bundeshaushalts von mehr als 40 Mio. DM jährlich führen.

Zu 192. Artikel 35 Nr. 18 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb (§ 35 Abs. 3 Satz 3 BVG — zeitliche Begrenzung der Pflegezulage ab Stufe III bei stationärer Behandlung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 193. Artikel 36 Nr. 2 (§ 90b Abs. 6 Satz 1, nach Satz 2 BVFG — Tragung der Verwaltungskosten, die den Krankenkassen für Leistungen nach § 90b BVFG entstehen, durch den Bund)

Dem Vorschlag wird widersprochen.

Die Krankenkassen sind landesunmittelbare Körperschaften. Deshalb ist es dem Bund verfassungsrechtlich (Artikel 104a Abs. 5 GG) verwehrt, die Verwaltungskosten zu übernehmen.

Zu 194. Artikel 36 Nr. 2 (§ 90b Abs. 6 nach Satz 3 — neu — BVFG — Erstattungspflicht bei zu Unrecht erbrachten Leistungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt. Statt „kein Verschulden" muß es jedoch richtig „ein Verschulden" heißen.

Zu 195. Artikel 40 nach Nummer 2 (§ 37 Abs. 5 — neu — BSHG — Apothekenrabatt auch für die Sozialhilfeträger)

Die Bundesregierung hält daran fest, das geltende Recht nicht zu ändern.

Zu 196. Artikel 40 nach Nummer 3 (§ 38 BSHG — begriffliche und leistungsrechtliche Anpassung an Artikel 1)

Die Bundesregierung stimmt den Vorschlägen zu mit der Maßgabe, daß § 38 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 BSHG gestrichen wird.

Zu 197. Artikel 45 nach Nummer 2 (§ 34b ApprOÄ — Art und Umfang der Aufsicht über den Arzt im Praktikum)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 198. Artikel 48 Nr. 1 (§ 57 Abs. 5 Satz 1 StVollzG — Untersuchungen zur Verhütung von Zahnerkrankungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 199. Artikel 48 Nr. 1 (§ 58 Satz 2 nach Nr. 4 StVollzG — Krankenhausbehandlung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 200. Artikel 48 Nr. 5 (§ 62a nach Satz 1 StVollzG — Leistungen nach den §§ 57, 58 und 61 StVollzG trotz Ruhens des Anspruchs darauf)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 201. Artikel 48 Nr. 7 (§ 76 Abs. 2 Satz 1 StVollzG — Mutterschaftshilfe bei Entbindung)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 202. Artikel 53 nach Abs. 2 (Befreiung von der Versicherungspflicht auch für Übergangsfälle)

Die Bundesregierung stimmt dem Vorschlag zu.

Zu 203. Artikel 53 Abs. 3 Satz 1 (erneute generelle Möglichkeit der Befreiung von der Versicherungspflicht in der Krankenversicherung der Rentner)

Die Bundesregierung wird den Vorschlag im weiteren Gesetzgebungsverfahren prüfen.

Zu 204. Artikel 58a — neu — (Übergangsregelung für beteiligte Ärzte)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 205. Artikel 64 (Übergangsregelung für Landesverbände der Krankenkassen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

Zu 206. Nach Artikel 65 (Vereinigung Allgemeiner Ortskrankenkassen)

Der Änderungsantrag steht im Sachzusammenhang mit Nummer 127. Auf die Ausführungen zu Nummer 127 wird Bezug genommen.

Zu 207. Artikel 69 Satz 2 (Berlin-Klausel — Geltung für Rechtsverordnungen)

Dem Vorschlag wird zugestimmt.

III. Preiswirkungsklausel

Soweit die Bundesregierung den Änderungsanträgen des Bundesrates zustimmt, handelt es sich um rechtstechnische und redaktionelle Klarstellungen. Daraus ergeben sich gegenüber dem Regierungsentwurf keine kostenmäßigen Veränderungen und damit auch keine veränderten Auswirkungen auf die Preise.

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 5300 Bonn
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, Postfach 20 13 63, Herderstraße 56, 5300 Bonn 2, Telefon (02 28) 36 35 51
ISSN 0722-8333